

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Charles CACHIN

Né le 27 Novembre 1907, à PAIMPOL (Côtes-du-Nord)

“L'INTERVALLE LIBRE”

DANS LES

CONTUSIONS DE LA RATE

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Charles CACHIN

Né le 27 Novembre 1907, à PAIMPOL (Côtes-du-Nord)

“L'INTERVALLE LIBRE”

DANS LES

CONTUSIONS DE LA RATE

Président : M. LENORMANT, Professeur,

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
	LAIGNEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maur. VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANCON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

AMELINE	Pathologie chirurgicale.	MM.
BARIETY	Pathologie médicale.	DE GAUDART
BENARD Henri	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ...
BESANCON (J.)	Hydrologie.	GAYET
BOULIN	Pathologie médicale.	GIROUD
BULLIARD	Histologie.	HAGUENEAU ..
CATHALA	Pathologie médicale.	HALPHEN
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
DOGNON.....	Physique.	JOANNON
FEY	Urologie.	LABBE Henri ..
FUNCK		LACOMME
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOUL ..
GALLIARD	Parasitologie.	LAROCHE Guy.
GASTINEL	Bactériologie.	LELONG
		Pathologie médicale.



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) .	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLERY-RADOT	
(Fasteur).	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552225_0030

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Externat :

1928. M. le Professeur HARTMANN.
1929. M. le Professeur WIDAL (in memorian).
M. le Professeur agrégé BRULÉ.
M. le Professeur ACHARD.
6930. M. le Professeur agrégé PASTEUR - VALLE-
RY - RADOT.

Internat provisoire :

1931. M. le Docteur GARCIN.

Internat :

1932. M. le Professeur Pierre DELBET.
1933-34. M. le Professeur METZGER.
Docteur PICOT.
1934-35. M. le Docteur GOUVERNEUR.
Docteur DESPLAS.
1935-35. M. le Docteur Louis BAZY.
1936-37. M. le Professeur LENORMANT.
Docteur BERGERET.

“ L'INTERVALLE LIBRE ”

DANS LES CONTUSIONS DE LA RATE

PREAMBULE

Le seul objet de notre étude est de rapporter 43 cas récents (dont 15 inédits), de rupture splénique avec intervalle libre et d'en tirer les conclusions anatomiques et thérapeutiques strictes qui en découlent.

L'important est d'attirer l'attention des médecins sur la possibilité de tels faits. Chacun sait combien il est nécessaire de conserver sous une surveillance étroite un traumatisé du crâne. Il n'en est pas de même d'un traumatisé de l'hypochondre. Or, les syndromes d'apparition secondaire nous semblent ici d'une fréquence comparable.

Tout praticien doit savoir que tout blessé, même légèrement touché à la base thoracique gauche, à l'hypochondre ou au flanc, peut sans douleur, sans contracture, sans signe aucun, être en imminence de grande hémorragie. La seule chance de survie pour le patient est d'être mis d'urgence entre les mains du chirurgien.

DEFINITION

Il existe des traumatismes de l'hypochondre avec lésion de la rate qui ne se manifestent par un grand syndrome hémorragique qu'après un certain espace de temps.

Le mécanisme, nous le verrons, est de divers ordres. Mais dans tous les cas, qu'il s'agisse de rupture en deux temps, de symptômes retardés ou de diffusion d'un hématome péricapsulaire, il existe une période silencieuse ou à peu près.

Nous rassemblons tous ces cas sous la dénomination « *d'hémorragie splénique d'origine traumatique avec intervalle libre* ».

Cette appellation a l'avantage de ne rien préjuger du mécanisme et en second lieu d'utiliser cette formule d'alarme familière aux médecins dans les traumatismes du crâne, ce qui ne peut être que favorable à la vulgarisation de cette notion.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

LANGENBECK en 1830, nous semble être le premier auteur qui parle de rupture de la rate avec survie. Il cite une « cicatrice linéaire sur la face convexe de la rate, semblant indiquer la position d'une plaie ancienne » chez un sujet ayant succombé à un traumatisme plus récent.

VIGLA en 1844, parle d'une survie au-delà de 24 heures et remarque, fait intéressant, « qu'il est curieux de constater l'innocuité de la présence du sang à la surface d'une séreuse, sous le rapport de l'inflammation ».

COLLIN, dans son mémoire de 1854, cite des protocoles d'autopsie avec déchirure splénique et péritonite hémorragique.

BESNIER (*Dictionnaire encyclopédique de 1874*), en admettant comme COLLIN la réaction péritonéale en présence de sang, dit que l'erreur d'interprétation vient de « la confusion qui s'établit entre le début des accidents spléniques et la formation de l'épanchement. »

CHAUMEL publie en 1863 à la Société d'Anatomie, une observation où la longue durée des accidents frappa MEUNIER dont l'important mémoire contient déjà plusieurs faits remarquables :

Il établit la notion de l'intervalle libre (de 12 jours)

et l'hématome sous-capsulaire. Il se demande si l'hémorragie arrêtée momentanément par un caillot, n'est pas reparue brusquement dans la suite ou bien si la rupture de la capsule splénique, n'a pas suivi à 2 jours de distance le broiement de la pulpe occasionné par le traumatisme (CAMUS).

BARRALLIER (1888), observe nettement au cours d'une autopsie, une hémorragie sous-capsulaire avec intégrité de la capsule splénique.

Après ces précurseurs, la notion d'intervalle libre dans les ruptures spléniques fut admise et de nombreuses publications furent faites.

Bornons-nous à citer pour la question des hémorragies sous-capsulaires, BELL, LUDWIG, MAYER, COLIN et DEMOULIN dont l'observation est restée classique ; pour l'hémorragie tardive, PITTS et BALLANCE, VERON, MAUCLAIRE et AUVRAY.

Nous rappelons ici qu'il existe des kystes sanguins de la rate d'origine traumatique ; ces « kystes métraumatiques » comme les a surnommés Brunswic LE BIHAN, furent étudiés par ANDRAL, TERRIER (1892), LEJARS, au XIV^e Congrès de Chirurgie, (Verneuil).

Nous les éliminerons, bien entendu, du cadre de notre étude.

La thèse de CAMUS soutenue en 1905, vint apporter des grandes précisions sur les hémorragies intra et périspléniques. On se trouvera bien de se reporter à ses belles observations.

PLANSON dans sa thèse (1903), PATEL (1923) puis SIMON (thèse de Lyon, où se retrouvent d'intéressantes observations de PATEL et de PERRIN de Lyon), apportèrent à ce sujet de nouvelles contributions.

Le mémoire d'agrégation du docteur Jean QUENU, paru en 1926 et consacré au diagnostic et au traitement des plaies de la rate, a établi une base solide à tous les éléments qui jusque là étaient épars. Nous

n'avons d'autre prétention que celle de développer après 10 ans, les notions qu'il a fixées. Nous y apportons 45 nouvelles observations dont 15 inédites et nous intégrerons dans ce travail les importantes discussions développées à la Société de Chirurgie, puis à l'Académie de Chirurgie de Paris sur ce sujet.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

L'étiologie des ruptures spléniques avec intervalle libre, se confond sensiblement avec celle des ruptures ordinaires.

Leur *fréquence* est considérable puisque dans ses observations inédites, Jean QUENU en décrit 6 sur 19 et qu'il en trouve 22 sur 151 cas opérés, soit une proportion de 15 %.

L'état antérieur du sujet et les modalités du traumatisme causal seront successivement étudiés.

Le *sexe masculin* est considérablement représenté dans les observations. Mac INDOE, notait 42 hommes sur 46 observations ; SCHLEGEL pose en axiome, qu'il faut devant un hémopéritoine penser d'abord à une rupture gravidique interne chez la femme et à la rupture splénique chez l'homme. Pour être excessif, il mérite par son caractère schématique d'être rappelé. Chez la femme, d'ailleurs, il est constant de voir le médecin porter le diagnostic de rupture tubaire et le chirurgien commencer par une laparotomie sous-ombilicale (observation N. 12, 13 et 14) le silence symptomatique de l'intervalle libre, encore mal connu, faisant rejeter l'hypothèse d'un traumatisme splénique.

Dans notre statistique, nous retrouvons 4 femmes sur 41 hommes.

L'âge moyen de ces ruptures, oscillent de 15 à 50 ans, mais il est courant d'en rencontrer chez les sujets âgés (63 ans) et chez l'enfant (8 ans).

L'état antérieur de la rate joue indiscutablement un rôle considérable comme dans toutes les ruptures spléniques.

Il est difficile de préciser si les formes avec intervalle libre surviennent plus volontiers sur les rates malades. Nous pouvons admettre grossièrement qu'il s'en rencontre avec une fréquence égale puisque sur nos 45 cas, on signale le paludisme dans une proportion voisine de celle des ruptures spléniques ordinaires.

Les splénomégalias paludéennes sont en effet les plus fréquemment en cause parmi les rates pathologiques. SCHLEGEL, donne avec quelque excès, le chiffre de 70 %. Mac CRACKEN au contraire, arguant que la proportion des ruptures spléniques dans les pays impaludés n'est pas plus forte dans les campagnes que dans les villes, où le paludisme sévit moins, nie l'importance de ce facteur. Pourtant, il se contredit en en citant plusieurs cas. Il est à noter d'ailleurs, que plusieurs cas ont été relevés chez les malades *artificiellement impaludés*.

L'augmentation de volume de la rate comme sa friabilité et la périsplénite qui l'accompagne, expliquent évidemment ce fait. Les travaux coloniaux sont riches en documents. « La rate est prête à la rupture, disait déjà BERNIER, quand le traumatisme survient. »

En dehors du paludisme, on cite les cas exceptionnels de *leucémie* (Hammesfahr), d'*endocardite ulcéreuse* (Krokiewicz) de *typhus*, de *grippe* (Fieber) de *charbon* (Diehl) de *purpura* (Wild) et même de suppuration chronique d'origine osseuse (E. Sorel), de *typhoïde* (13 cas de Conner).

L'importance du traumatisme lui-même a été di-

versement appréciée, SIMON avec PATEL n'admettent que les traumatismes violents. Cela nous semble trop absolu bien qu'assez réel. Cependant les traumatismes modérés (contraction musculaire) se rencontrent. Si faibles même parfois, qu'ils sont passés inaperçus et qu'il faut les retrouver. L'on peut même se demander si bien des « ruptures spontanées » ne sont pas en réalité des ruptures où l'intervalle libre part d'un traumatisme insignifiant de l'ordre de la contraction musculaire. Encore, faut-il faire la part des cas où le traumatisme est nié (Popoviciu et Mihai-leanu). Mac INDOE sur 44 cas où l'intensité du traumatisme a été relevée, donne le tableau suivant :

Accidents sévères	20
Accidents moyens	16
Accidents légers	7
Rupture spontanée	1

On voit donc qu'en réalité, les traumatismes importants sont de beaucoup les plus fréquents. Il est curieux cependant de signaler que les traumatismes considérables, tels ceux qui rompent à la fois la rate et le rein gauche, ne donnent pas lieu au phénomène de l'intervalle libre. Dans sa longue série de cas de rupture associée de la rate et du rein gauche, P. GORNARD ne note qu'un cas (et encore impur, celui de FERRARI, LAGROT et MORAND, que nous citons plus loin) de rupture avec intervalle libre.

Le *point d'application de la violence*, siège évidemment dans l'aire splénique. Les traumatismes du quadrant supéro-gauche de l'abdomen et de la base gauche du thorax sont notés dans presque tous les cas. Il y a cependant quelques exceptions, tel le cas de HAHN (chute sur le côté droit) et de Pierre BERTRAND. DURLABH d'ailleurs, signale qu'un traumatisme portant en un point quelconque de l'abdomen peut rompre la rate. POTHERAT donnait autrefois de ce fait,

cette explication imagée : « une contraction de l'ovoïde abdominal peut entraîner une rupture par éclatement de la rate, éponge vasculaire sous pression. »

De ces faits étiologiques, nous retiendrons donc :

- 1° La prédisposition nette du sexe masculin ;
- 2° l'importance de la tare antérieure et en particulier du paludisme ;
- 3° la fréquence des traumatismes importants ;
- 4° la possibilité des points d'application ectopiques de ce traumatisme.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est singulier de lire les discussions auxquelles ont donné lieu les ruptures spléniques avec intervalle libre. Actuellement encore, le souci d'exclusivité de la plupart des auteurs est tel qu'ils décrivent comme constante ou à peu près, une seule lésion. Il suffit pourtant de dépouiller quelques observations bien faites, avec contrôle anatomique pour constater que le mécanisme de « l'hématose précaire » n'a rien d'univoque. Le plus facile est d'exposer les faits décrits et nous voyons que sur les 35 cas avec contrôle anatomique que nous présentons, nous constatons les lésions suivantes :

Hématomes intraspléniques rompus	6
» péricapsulaires diffusés	10
Fissures	9
Broiements ou éclatements	8
Ruptures pédiculaires complètes	2

Nous étudierons successivement ces lésions. Constatons, sans insister, l'analogie saisissante avec les formes anatomiques des hémorragies par rupture de grossesse ectopique.

1. — HÉMATOMES INTRA-SPLÉNIQUES

On les rencontre dans les ruptures avec intervalle libre dans une proportion de 40 % environ pour les

classiques. Dans nos observations, nous n'en notons que 6 sur 35, soit 17 %.

Le plus souvent, sur la même pièce, on note une série de foyers hémorragiques, les uns profonds, les autres superficiels :

A. — LES HEMATOMES INTRASPLENIQUES SUPERFICIELS ou sous-capsulaires (encore que cette dénomination ne soit pas absolument exacte) se présentent comme des collections de sang noirâtre et de caillots qui font saillie sous la capsule splénique. D'un diamètre de 2 à 8 cm., on les dit habituellement isolés, sauf exception (GAUDIER). En réalité, ils sont souvent *multiples*.

a) A LA PÉRIODE INTRASPLÉNIQUE ils se présentent sous des aspects différents suivant leur âge (MAC INDOE).

Tout d'abord le volume de l'hématome *semble* limité par la tension de la capsule. Dans la petite masse sanguine se rencontrent des caillots noirs et un sang sirupeux sombre. Les parois sont anfractueuses, irrégulières. Fait important à noter, il persiste entre la paroi superficielle de l'hématome et la capsule, une *mince lame de tissu splénique*. Cet aspect kystique, se retrouve dans 6 cas sur 43 de la série de MAC INDOE. Puis se produit, le phénomène de *l'extension latérale de l'extravasat*, bien mis en évidence par MAC INDOE, dans sa belle observation. Il s'agissait d'une rate rompue en 5 fragments. Sur *chaque* fragment, « la capsule était séparée du parenchyme sous-jacent par un caillot organisé ancien de 5 millimètres à un centimètre d'épaisseur suivant les points. » Tout se passait, en somme, comme si l'hématome peu à peu s'était étendu latéralement dans tous les sens, disséquant en quelque sorte la corticale splénique jusqu'à en-

glober complètement la rate et séparer la capsule de la pulpe splénique centrale par un caillot d'un centimètre d'épaisseur. Cette infiltration n'est pas immédiatement sous-capsulaire. Elle laisse une mince lame de tissu splénique adhérent à la capsule. Elle est progressive et chemine lentement pour cesser sa progression à une date que l'examen histologique a évalué à 8 à 10 jours avant la seconde rupture en raison de la tentative nette d'organisation (nombreux fibroblastes et cellules endothéliales pénétrant le caillot à partir des éléments de rate restés normaux). Cette diffusion sous-capsulaire de l'hématome, ce « latéral extent of the hémorragie extravasation » varie de quelques centimètres (extension en disque) au cheminement complet, rejoignant le hile par les deux bords. Ces cas de complète séparation de la pulpe et de la capsule sont rapportés par les observations de CEL-LAN JONES et de STOLZE. C'est à cette forme que doit se rattacher le cas de DEMOULIN où « la capsule splénique était trop grande pour la partie supérieure du viscère. »

La cause de cette extension latérale doit être attribuée selon LUBARSCH et WOLFF au fait que la zone sous-capsulaire est le siège de la circulation la plus active « flood région » de déplacement du sang (?). Sans suivre jusque là ces auteurs, il est légitime de penser que cet épanchement sous-capsulaire diminue la nutrition et partant la résistance de la capsule.

Le fait que la rupture de la capsule est secondaire à l'épanchement intrasplénique, est prouvé par des nombreuses pièces. Dans la moitié des cas, selon MAC INDOE, on peut retrouver les lésions que lui-même a mis en évidence sur ces coupes. Nous avons signalé que l'organisation du caillot ne permet point de doute à cet égard.

Dans le cas plus haut cité, la rate ainsi préparée

par l'infiltration sous-capsulaire, avait véritablement éclaté et l'un des blocs attenant encore au pédicule, un fragment de la pulpe splénique resté adhérent à la capsule, était retourné par la violence de l'hémorragie à la 2^e rupture.

Citons encore pour sa netteté, le cas présenté en 1935 à la Société Anatomique par SUIRE :

« A la coupe de la rate, on voit une hémorragie ancienne organisée au sein d'un parenchyme fissuré, éclaté. En un point, la capsule propre de la rate, soulevée par les caillots organisés est rompue et par cette rupture l'hémorragie se fait en péritoine libre, hémorragie récente celle-ci, faite de caillots frais. »

Il s'agissait de la rupture secondaire au 9^e jour d'une lésion splénique dont les signes initiaux étaient masqués par une fracture du crâne concomitante et ne s'était manifestée que par une contracture légèrè du côté gauche.

J. QUENU, à la séance du 17 juin 1936 à l'Académie de Chirurgie, a rappelé l'importance de ces hématomes sous-capsulaires, où « il est facile de distinguer les caillots anciens du sang récemment extravasé. »

Il est donc établi que les ruptures dans le péritoine d'hématomes sous-capsulaires existent dans un certain nombre de cas. Ce sont là, les véritables « *ruptures en deux temps* » qui semblent résumer dans l'esprit de certains auteurs, les causes de l'intervalle libre dans les ruptures spléniques. Elles sont indiscutables, elles ne sont pas des plus fréquentes.

Le *siège*, par rapport à la rate, de ces hématomes superficiels est de peu d'intérêt. Rappelons pour mémoire que CAMUS le croit en rapport avec la zone d'application de la violence. Pour lui, dans les chocs directs, l'hématome siègerait au niveau de la face convexe et du bord antérieur, les plus directement offerts au traumatisme ; dans les chutes, l'hématome

siégerait aux points d'insertion des adhérences ou des ligaments (ligament phrénosplénique) ; dans les contusions par contre-coup, ce seraient la face convexe et le bord postérieur qui, heurtant les côtes et la gouttière costo-vertébrale, seraient lésés. CAMUS ajoute que les lésions juxta-hilaires ne donnent pas d'hématome, les vaisseaux saignant directement dans le péritoine. Ces notions sont trop théoriques et souffrent trop d'exceptions pour être retenues.

B. — LES HÉMATOMES PROFONDS DE LA PULPE accompagnent souvent les hématomes corticaux, ils existent également isolés.

Ils truffent parfois la rate, répandus en grand nombre dans toute l'étendue du parenchyme.

C. — LES HÉMATOMES TOTAUX. Enfin, il est des cas de véritable *fonte de la rate*, où la capsule fissurée, en sac à demi dégonflé, renferme un mélange semi-liquide de pulpe splénique et de sang (LEJARS, PERRIN et DESJACQUES). La déchirure de la capsule est parfois minime.

L'ÉVOLUTION des hématomes intraspléniques se fait donc en règle vers la rupture secondaire. Mais ce n'est pas la seule. Il existe des cas, où l'évolution se fait vers la cicatrisation, vers l'enkystement et vers la suppuration. Rappelons brièvement, sans insister, ces faits qui sortent du cadre de notre étude :

a) Bien des kystes sanguins de la rate, reconnaissent sans aucun doute, une étiologie traumatique (kystes métatraumatiques de BRUNSWIC, LE BIHAN, TERRIER et LEJARS).

b) Plus souvent la résorption se fait et l'hématome se transforme en une cicatrice fibreuse, dont pour avoir méconnu l'origine, d'après ENGELMANN et HITZ-

LER, on a fait des fibrosplénomes localisés, des « hyperplasies fibreuses congénitales ». De même, certains « splénomes multiples » ne représenteraient pour ces auteurs, que des foyers hémorragiques en voie de sclérose.

L'Ecole algérienne a noté également ces faits :

Pierre LOMBARD, Henri DUBOUCHER et COSTANTINI, ont reconnu une origine traumatique à bien des hémorragies enkystées pseudo-kystes hématiques de la rate saine avec palustre.

c) Quant aux abcès traumatiques de la rate avec splénite traumatique, ils représenteraient pour P. INLOW 15 % des abcès de la rate. Ces collections purulentes, sont développées sur une contusion splénique infectée par voie sanguine. Des fragments spléniques, la rate entière parfois, peuvent s'y séquestrer. La latence peut être très longue, une ou plusieurs années. Ces suppurations sont mortelles dans 58 % des cas. Nous n'y intégrerons pas, bien entendu, comme le fait P. INLOW les suppurations de la loge splénique après splénectomie pour traumatisme.

2. — LES HEMATOMES DE LA LOGE SPLENIQUE

Ils représentent le 2^e grand mode d'hémostase provisoire dans les ruptures spléniques avec intervalle libre. Nous comptons 10 sur 35, soit 28 % de ces *hématocèles périspléniques*, comme les nommait MORESTIN pour attirer l'attention sur l'analogie très réelle qu'ils offrent avec les hémorragies des grossesses ectopiques.

La loge splénique, offre en effet à l'hémorragie, une cavité propice à l'enkystement d'une collection sanguine; fermée à droite et en avant par la grosse tubé-

rosité gastrique et la partie attenante de sa face postérieure, à droite et en arrière par le relief de la partie supéro-externe du rein gauche, en dehors par la concavité de la coupole diaphragmatique, au sommet par le contact de l'estomac, du rein gauche (triangle de ROUVIÈRE), à la base par les formations ligamentaires coliques et épiploïques constituant le sustentaculum lienis.

Or cette loge ouverte, en bas et en avant par l'hiatus existant entre la grosse tubérosité gastrique, la paroi et le côlon peut être close par des adhérences échafaudées entre ces organes. Ces adhérences obturantes, peuvent être de divers ordres :

a) Le plus souvent, il s'agit d'une frange ou d'un bouchon épiploïque (cas fréquent dans nos observations) l'épiploon procédant peut-être par cheminement vient s'interposer entre paroi et estomac. Il contracte très rapidement des adhérences, dès qu'il est en contact avec le sang. Il prend cet aspect oedémateux, infiltré, congestif qu'on rencontre, souvent dans les inflammations péritonéales.

b) Dans d'autres observations, ce sont seulement des adhérences péritonéales banales ou cruoriques.

L'occlusion ainsi réalisée, est à la fois étanche et fragile.

Son *étanchéité* est souvent surprenante, empêchant même la propagation sous-péritonéale de la couche mince de sang, qui donne cette teinte bleu violacé, bien connue des hémopéritoïnes. Dans plusieurs de nos observations, le péritoine était normal et ce n'est qu'en se portant en haut et à gauche que l'on découvre l'hématome. Une conclusion importante s'ensuit : il faut proscrire les petites boutonnières exploratrices classiques que récemment encore l'on a préconisées et qui peuvent être trompeuses ; elles peuvent découvrir un péritoine d'aspect normal alors qu'il existe un hématome périsplénique important. C'est dire que

toute laparotomie vraiment exploratrice, implique l'engagement dans la loge, de la main qui fera le tour de la rate. Le plus souvent d'ailleurs dans ce cas, dès qu'on cherche à décoller l'estomac, un flot de sang noir inonde le péritoine.

Mais cette barrière est habituellement *fragile* et l'on verra plus loin que la cause la plus légère peut la rompre secondairement.

A la suite d'une quinte de toux, d'une selle, d'un vomissement, d'une contraction musculaire (ENGELMANN et HITZLER) elle peut céder et une hémorragie considérable reprendre. A l'intervention d'ailleurs, les auteurs remarquent cette fragilité.

Dans la loge ainsi constituée, se collecte le sang. En quelle quantité ? Un litre, deux litres, deux litres et demi même parfois (COVILLE 1 litre, VINCENT 2 litres). Le sang est noir, poisseux, sirupeux contenant des caillots couleur de réglisse. Il est tout à fait comparable à celui d'une hématocele génitale enkystée ancienne. Lorsque l'on intervient à l'occasion de la nouvelle hémorragie, l'on note toujours la différence nette entre le sang rouge fraîchement extravasé et ce sang noir. Il s'agit donc bien là d'une *hémorragie en deux temps*.

HEMATOMES LOCALISES DANS LA LOGE SPLENIQUE :

Habituellement favorisés par les adhérences contractées antérieurement par une rate pathologique, mais parfois spontanément cloisonnées, ces hématomes partiels de la loge occupent en général le pôle supérieur (cas de COLLIN : le tiers supérieur de la rate seul était inclus dans un foyer périsplénique limité par l'estomac, le lobe gauche du foie, le diaphragme). WEISS signale le cas exceptionnel d'une hémorragie collectée dans l'arrière cavité des épiploons.

Les *lésions de la rate* dans ces hématomes extra-spléniques, sont intéressantes à étudier. Le plus souvent, en effet, il s'agit de fissure unique ou multiple, mais toutes les lésions spléniques peuvent se voir jusqu'à la rupture pédiculaire (BERTRAND et PALLUEL, observation n° 4).

Parfois, cette fissure est ouverte, plus souvent elle est obturée par un fragment épiploïque (on sait les qualités hémostatiques de ce colmatage par l'épiploon) ou encore par un caillot qui agglutine les deux versants de la fissure et se continue avec les caillots périspléniques formant une espèce de caillot « en clou de tapissier. »

L'examen histologique (MAC INDOE) permet d'apprécier alors l'âge de la rupture d'après l'état d'organisation du caillot.

L'ÉVOLUTION des hématoses périspléniques peut se faire vers l'organisation ou la rupture après plusieurs poussées d'augmentation de volume (parfois déclenchée par le transport).

L'évolution vers la *rupture* est la plus courante, c'est une rupture soudaine, grave. L'hématose sera difficile, dans ces cas tout comme l'hémostase des vieilles hématocèles gravidiques. Il faut cependant connaître l'évolution possible vers la *guérison spontanée*. Il s'organise une véritable tumeur à résorption lente, à suppuration possible. L'on en retrouve de nombreux cas dans la thèse de CAMUS et certains auteurs frappés par ce fait, n'ont pas craint de prendre la grave décision de ne pas intervenir en présence d'un semblable hématome vu tardivement. P. GOINARD en cite deux cas dont l'un figure ici. De fait la rupture devient fort rare à partir d'un certain espace de temps. WALLACE cite une observation de rupture de la rate guérie spontanément, dont les dé-

bris furent enlevés deux ans plus tard au milieu d'un foyer d'adhérences extrêmement dense (SOUPAULT).

La méthode nouvelle de la radiologie appliquée à ces cas, fournissant un test sûr en dehors de la constatation opératoire ou nécropsique, fournira aux statistiques d'avenir des renseignements plus précis.

3. — AUTRES LÉSIONS

Les autres lésions spléniques fréquemment rencontrées dans le syndrome de l'intervalle libre, sont la fissure, la fragmentation, la rupture pédiculaire.

A. — FISSURE. — Elle se rencontre dans nos 35 observations, dans 9 cas soit 25 %. Nous en avons vu les variétés uniques ou multiples. Elles siègent en général sur la convexité. L'obturation est réalisée, tantôt par l'épiploon, tantôt par un caillot. Parfois on ne retrouve aucune trace d'obturation.

B. — LA FRAGMENTATION. — 8 cas sur 35, soit 22,9 %. Une parcelle de l'organe, un tiers, un quart et la moitié, sont entièrement séparés. Ces fragments sont souvent unis par un caillot, parfois véritable disque « en sandwich », comme dans l'une de nos observations (GARNIER). Parfois un fragment est complètement détaché et migre plus ou moins loin. Nous en rapprochons les broiements ou éclatements.

Une lésion déjà notée par DEMOULIN est remarquable. C'est la *rétraction de la capsule* invoquée autrefois comme agent d'hémostase (on a même parlé de phimosis de la capsule).

En opérant ces cas de fragmentation, il sera souvent difficile de tarir les hémorragies au niveau des fragments fixés à la paroi.

C. — LA RUPTURE COMPLETE DU PEDICULE.

— La rupture complète du pédicule où la rate est libre, détachée dans le ventre. Nous rapportons deux cas de cette lésion rare, soit : 5 %, celui de LAGROT, FERRARI et MORAND signale une plaie pédiculaire sèche, qui s'est mise, à vrai dire, à saigner extrêmement. L'autre, celle de BERTRAND, avait été à l'origine d'un hématome de la loge, l'intervalle libre fut de 14 jours et la recherche du pédicule (qui ne saignait plus), si délicate qu'il dut lier en même temps la queue du pancréas.

Lésions concomitantes

Les lésions qui accompagnent les ruptures avec intervalle libre, ne sont pas tout à fait les mêmes que dans les autres ruptures. Nous avons vu que les ruptures associées de la rate et du rein gauche ne s'y rencontrent pratiquement pas (statistique de P. GOINARD).

Ce que l'on trouve le plus souvent, ce sont les lésions pariéto-costales avec ou sans complications viscérales (10 sur les 45 cas de MAC INDOE), les lésions du membre supérieur gauche (J. QUENU), les fractures du crâne, les ruptures de la queue du pancréas ou parcellaires du foie. Nous ne retrouvons pas de lésions concomitantes d'organe creux. Les lésions importantes sont donc les lésions costales basses. CHALIER (Sté de Chirurgie de Lyon, 4 novembre 1926, *Lyon-Chirurgical*, n. 1, 1927) a insisté sur ces lésions costales ou costo-diaphragmatiques et signale la possibilité de hernie diaphragmatique traumatique consécutive. Nous verrons que ces lésions costales basses masquent parfois les signes résiduels de l'intervalle libre. Il ne faut pas plus se contenter de ce diagnostic qui peut masquer une lésion splénique,

que du diagnostic d'hémorroïdes chez un sujet porteur d'un cancer du rectum, plus haut situé.

Pour nous résumer, concevons dans leur ensemble ses lésions spléniques. Tous les degrés se rencontrent :

A. — LES RUPTURES où la rate rompue saigne dans le péritoine, soit de façon foudroyante, soit lentement (hémorragie insidieuses et progressive).

B. — LES RUPTURES AVEC INTERVALLE LIBRE qui comprennent :

a) Les HÉMATOMES INTRASPLÉNIQUES donnant la *vraie rupture en deux temps* :

1^{er} temps : hémorragie intrasplénique ;

2^e » : » intrapéritonéale.

b) Les HÉMATOMES PÉRISPLÉNIQUES donnant les *hémorragies en deux temps* :

Hémorragie dans la loge

» hors de la loge.

c) La FISSURE, ECLATEMENT et RUPTURE PÉDICULAIRE où l'agent d'hémostase est habituellement un caillot, l'épiploon ou la rétraction vasculaire (?).

C. — LES RUPTURES EVOLUANT VERS LA GUE-RISON, notion à retenir aboutissant soit à une cicatrice : pseudo-splénome, soit à un kyste hématique intra ou péri-splénique : faux kyste traumatique.

Déductions pathogéniques

L'intervalle libre clinique existe. L'examen automatique montre de multiples lésions. Suffisent-elles

a expliquer ce phénomène ? La question ainsi posée est d'un intérêt assez spéculatif et n'entraîne pas de conséquences thérapeutiques.

Ne reprenons aucune des discussions classiques, depuis la théorie de la vaso-constriction, du choc, de la rétraction capsulaire, du « phimosis de la capsule » etc.

Ce que nous rencontrons, c'est :

1° *L'hématome intrasplénique secondairement rompu*. Les preuves à notre avis formelles de ce mécanisme, sont fournies par la fréquence du constat de cette lésion, l'examen des pièces anatomiques qui montrent au microscope des hémorragies d'âge différent correspondant à l'intervalle libre ; quelques pièces macroscopiques, dont l'une, celle de MAC INDOE, est très significative.

Il est donc excessif de vouloir substituer au terme de rupture à hémorragie retardée, celui de rupture splénique avec hémorragie à symptomatologie retardée ?

2° *L'hématome périsplénique* dont le cloisonnement cède à l'occasion d'une modification de la réflexion gastrique, d'une contraction musculaire, etc.

Ce mécanisme est évident, fréquent, mais non le plus habituel comme le prouve OUDARD.

Ces deux mécanismes sont en somme plausibles.

3° *La fissure splénique simple*, obtenue par un agent d'hémostase (caillot, frange épiploïque) qui secondairement fait défaut, peut encore expliquer l'hémorragie retardée.

4° Mais comment expliquer les faits fréquents tels que la fissure béante, l'éclatement de la rate ou bien la rupture pédiculaire, lésions qui ne montrent macroscopiquement aucun agent d'hémostase provisoire ?

Toutes les hypothèses émises (contraction vasculai-

re, caillots intravasculaires, modification de la pression artérielle ou veineuse), n'ont aucun fondement. La question reste sans réponse.

Quant à la *cause du déclenchement* de l'hémorragie, elle est variable et semble en rapport avec une élévation de la pression sanguine abdominale causée elle-même par une contraction musculaire : le lever, le vomissement, le traumatisme... Mais quand la reprise des accidents n'est pas cliniquement provoquée, l'on est conduit à des hypothèses sur lesquelles nous ne nous étendrons pas (ischémie capsulaire ? rupture de la fragile barrière d'un hématome extrasplénique par une cause minime ?).

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

L'ACCIDENT INITIAL

L'accident initial, présente-t-il un aspect particulier dans les cas qui vont évoluer vers une phase latente ?

Comme on pouvait le prévoir, la lecture des observations montre que l'on se trouve habituellement en présence d'un tableau plus ou moins typique de contusion abdominale avec lésion splénique.

Nous avons vu que le traumatisme, en général violent, entraîne un état de *choc* assez marqué.

Il s'agit d'un syndrome de choc banal avec sa pâleur, son refroidissement périphérique, son collapsus vasculaire.

Il est souvent marqué, parfois discret, parfois absent. Il peut masquer les signes hémorragiques initiaux, lorsqu'ils existent (constitution d'un hématome périsplénique, hémorragie libre intrapéritonéale d'une fissure avant l'hémostase spontanée).

Les signes proprement hémorragiques (soif, accroissement progressif de la tachycardie et de l'hypotension) passeraient souvent inaperçus : n'était un symptôme hautement révélateur la *syncope initiale*.

Cette syncope est en effet un élément symptomatique capital aussi important que la syncope initiale des hémorragies intra-péritonéales d'origine gravidique. Nous la retrouvons dans presque tous nos cas.

Parfois, elle est nette et typique, perte absolue de connaissance. Ailleurs, elle est subjectivement aussi nette et si l'on n'a pas assisté aux accidents initiaux, on ne serait pas trompé par les termes, telles que « malaise », « évanouissement », etc., qui sont bien des équivalents de syncopes.

La constance de ce signe, en fait un argument de valeur pour le diagnostic rétrospectif et l'on ne manquera jamais de le rechercher par un interrogatoire minutieux, quand il n'est pas spontanément signalé.

Quant aux signes subjectifs locaux, ils sont habituellement nets : la *douleur vive, profonde* ressentie lors du traumatisme, est habituelle. Déjà, elle a pu présenter le caractère si particulier de l'*irradiation scapulaire gauche*. Il importe de bien la distinguer de la douleur contusive superficielle, qu'elle soit simple ou révélatrice d'une fracture de côtes ou d'un foyer hématique pariétal infiltrant un délabrement musculaire.

L'examen clinique révélerait habituellement la douleur provoquée. La contracture initiale est difficile à interpréter à cette période. La contracture, en particulier, peut exister dans les simples fractures costales basses ou lésions de l'insertion diaphragmatique juxta-péritonéale.

C'est ici que l'on pourra rechercher le signe de Clavel, le tremblement péritonéal, parfois on aura la chance de noter une matité libre ou fixe qui emporterait la conclusion anatomique.

En réalité, à cette période initiale, on a peu l'occasion de voir le malade. Les signes spléniques ont été discrets, puisque l'on n'a pas opéré.

Comment va se produire cette *sédation de signes* qui est le début de l'intervalle libre ?

Il peut s'agir de ces formes bruyantes où rapidement le choc se dissipe, le blessé se réchauffe, se sent

mieux, se rassure et ne se plaint plus guère que d'une douleur profonde persistante.

Ailleurs, la forme est subaiguë, les signes s'atténuent mais persistent surtout en ce qui concerne la douleur, le malaise, la toux. Parfois plusieurs petites lipothymies émaillent cette évolution qui peut se faire par petits ictus successifs.

Il est enfin des cas où la latence est tout à fait remarquable et ces cas sont fréquents. L'on trouvera deux de nos observations inédites (CHIFOLIAU, DESMARETS, observation n° 13 et 14) bizarres et singulièrement ressemblantes. Il s'agit de deux sujets opérés de hernie où l'hémo péritoine est découvert à l'ouverture du sac et où la laparotomie a décélé la rupture splénique. A l'interrogatoire, on retrouvera dans les deux cas, un traumatisme très net dont les signes se sont immédiatement dissipés.

Comment évoquer d'une façon plus saisissante la latence des signes initiaux dans certains cas ?

L'INTERVALLE LIBRE

Le définir n'est pas aisé.

L'on pourrait dire qu'il représente l'espace de temps compris entre la cessation des accidents initiaux et la rechute. Mais il ne faudrait pas induire de ces termes que la latence est absolue. Il s'en faut de beaucoup, comme nous le verrons.

DUREE

La durée est variable. Elle ne prend de signification véritable que lorsqu'elle dépasse une dizaine d'heu-

res et de fait, les courts intervalles libres sont rares. Ce point mérite d'être précisé.

LES COURTS INTERVALLES LIBRES peuvent se présenter sous deux types :

1° Il peut y avoir, le syndrome de choc faisant défaut, une période de 5, 6 heures *absolument silencieuse*; l'on en trouve un bel exemple dans l'observation de STOCADA (observation n° 10).

2° Il peut s'agir, non pas d'un intervalle véritablement libre des symptômes, mais de *symptômes masqués* par une autre lésion. Nous en avons vu un malheureux cas que voici brièvement rappelé : Après une très importante collision d'automobiles, le blessé est transporté à l'hôpital dans un état de choc extrême. A son entrée, on constate un vaste scalp de l'hémicrâne, une fracture de l'épaule droite, du bassin, du rachis et des côtes gauches avec hémio-thorax.

Le ventre est parfaitement indolore, souple et sonore partout. Après 2 heures, la transfusion et le sérum aidant, le syndrome de choc se dissipe, mais une matité abdominale déclive se décèle, on intervient sur ce seul signe : énorme hémorragie en jet, venant de la rate. Splénectomie. Mort rapide.

Un cas semblable n'est donc pas véritablement une rupture avec intervalle libre et il convient de le signaler à ce titre.

3° Ce cas, mis à part, il existe néanmoins de francs intervalles libres de 5 à 6 jours qu'il faut connaître.

Voici les chiffres moyens donnés pour durée de cet intervalle libre.

Max INDOE, dans son relevé de 46 cas, donne le tableau suivant :

Période de latence *Nombre de cas observés*

2 à 6 jours.....	23
7 à 11 jours.....	12
12 à 16 jours.....	4
17 à 21 jours.....	3
22 à 26 jours.....	1
26 à 30 jours.....	1
plus de 30 jours.....	1

La durée moyenne du « symptomatic silence » est donc de 3 à 9 jours.

HAMILTON BAILEY, dans une étude sur 32 cas, place les limites courantes entre 3 et 13 jours.

SCHLEGEL sur 14 cas, donne :

1 à 3 jours.....	3
3 à 6 jours.....	6
6 à 9 jours.....	5

STOLZE, sur 35 cas « connus », donne 24 ou 48 heures et signale comme exceptionnel le cas de OEHLECKER (14 jours).

Pour nous, notre statistique donne les chiffres suivants :

Durée de l'intervalle libre *Nombre de cas observés*

jusqu'à 24 heures.....	6
de 24 h. à 2 jours.....	6
de 2 à 4 jours.....	7
de 4 à 8 jours.....	9
de 8 à 12 jours.....	4
de 12 à 16 jours.....	4
de 16 à 20 jours.....	2
de 20 à 30 jours.....	1
de 30 à 60 jours.....	2

Citons, à part, le cas d'ENGELMANN et HITZLER où l'intervalle libre de 18 mois a été admis par ces auteurs.

Dans l'ensemble, on voit donc que le maximum de fréquence de durée se place de 2 à 10 jours pour se raréfier beaucoup ensuite et brusquement disparaître après le deuxième mois.

Nous avons cherché si cette durée variait avec la lésion en cause, nous n'avons remarqué aucune corrélation entre ces faits.

SYMPTOMES CLINIQUES PENDANT L'INTERVALLE LIBRE

La latence symptomatique des ruptures spléniques pendant l'intervalle libre est parfois surprenante. Il est devenu banal de citer les cas où ces blessés, pendant plusieurs jours vaquent à leurs occupations. Bornons-nous à rappeler quelques cas classiques :

Celui du blessé d'ARDOUIN qui, après 5 jours d'hospitalisation, prend le chemin de fer, déjeune, parcourt à la marche un grand kilomètre, l'enfant, vu par PERRIN, qui, après une courte syncope, reprend ses jeux. Le blessé de LEMPRIÈRE qui pratique le sport, l'infirmière de WOHLGEMUTH qui continue son service.

Nous-mêmes retrouvons le blessé de CISLER, qui quitte l'hôpital, se promène. Un malade, dont nous a entretenu Charles GARNIER, atteint d'éclatement splénique se promène dans le service et dans les jardins de l'hôpital. Le blessé de GAUDARD D'ALLAINES avait repris son métier de charretier.

L'on pourrait multiplier ces faits anecdotiques. Mais, ne nous laissons pas impressionner par ces cas curieux, en somme rares. Dans l'immense majorité des cas, la latence est incomplète.

Il est bien rare que nous en retrouvions quelque signe soit objectif, soit subjectif. Il subsiste dans la ré-

gle « *quelque chose* », un signe qui, bien interprété, suffit, pourvu que l'on songe à le rechercher. Ce sont ces signes résiduels que nous allons analyser et dont nous allons essayer de retirer les éléments du diagnostic.

Ces symptômes, comme le rappelle excellemment OUDARD, peuvent se différencier en deux groupes, l'un qui traduit la lésion, et l'hémorragie dans la loge : douleur ou contracture et matité dans la zone sous-costale gauche, immobilisation de la base du poumon gauche. L'autre rassemble les signes essentiellement variables de l'hémorragie profonde.

Mais nous les envisagerons analytiquement.

LA DOULEUR SPONTANÉE est l'un des signes les plus fréquemment rencontrés. Son intensité est variable ; parfois extrême comme chez le matelot de PÉTRIDIS qui s'estimait guéri, mangeait avec appétit, mais suppliait le médecin de lui enlever « cette douleur qu'il avait là ».

Elle est habituellement plus sourde (PATEL, Mac INDOE) et se manifeste par une simple gêne. Cette gêne persistant en dehors d'une nette lésion pariétale sera toujours recherchée et notée comme un argument important.

Le blessé localise habituellement cette douleur, dans l'hypocondre gauche, à la base du thorax, très en arrière. Il attire parfois l'attention sur son *irradiation à l'épaule gauche*. Ce caractère très particulier a son importance, on le retrouve dans un bon tiers de cas et les auteurs étrangers le décrivent sous le nom de « signe de « KEHR ».

Il est net dans beaucoup de nos observations, il est légitime d'attirer l'attention sur ce signe inconstant mais de grande valeur.

C'est à cette douleur sourde qu'il faut attribuer

quelques *phénomènes respiratoires connexes*. La dyspnée fruste ou accusée avec immobilité respiratoire de l'hypocondre gauche et la toux sèche. Ces signes sont facilement mis sur le compte de lésion thoracique. L'on notera cependant leur acuité au moment de l'ampliation inspiratoire.

Rapprochons de ces signes diaphragmatiques, le *hoquet*. Il a été plusieurs fois remarqué et, fait curieux, il a toujours été attribué à une cause autre que l'hémorragie intra-périnéale.

Les syncopes, pendant l'intervalle libre sont singulièrement rares. Nous comptons les retrouver fréquemment par analogie avec celles qui surviennent au cours des hémorragies tubaires, or il en est peu de rapportées.

Parfois, tout au plus sont signalés quelques malaises, une lipothymie (GAUDARD D'ALLAINES). Il serait surprenant de ne pas rencontrer plus souvent ces signes au cours de l'évolution des hématomes spléniques qui s'accroissent par à coups.

La FIÈVRE, au contraire, est fréquemment signalée. Il s'agit habituellement d'un fébricule oscillant autour de 38° (J. QUENU), 38°4 (PERRIN, St-Denis), 38° (dans un cas de ROUTIER qui fut ainsi mis sur la voie du diagnostic), le Médecin-Commandant STEFANINI en a récemment rapporté un cas bien suivi : tout d'abord (et bien après la disparition du choc), il note de l'hy-pothermie, 35°6, puis la fièvre apparaît, atteint 38°, puis 39°3 en quelques heures. Elle retombe à 38° après la splénectomie.

L'examen du POULS, au contraire, fournit peu de renseignements. Habituellement, il reste en rapport avec la température, parfois cependant il est modifié, accéléré ou au contraire ralenti. Cette bradycardie est comparable à celle qui s'observe dans certaines ruptures hépathiques (P^r LENORMANT).

Ces modifications ont évidemment leur importance lorsqu'on les rencontre, mais on se rappellera que, comme le dit J. QUENU : « l'accélération du pouls est un signe de saignement, mais n'est pas un signe de présence de sang dans le ventre ».

On notera encore la possibilité de pâleur, de SUBICTÈRE (JUNG-NICKEL) et même d'ictère franc (GAUDARD d'ALLAINES), signes inconstants mais de grande valeur.

En somme, de ces signes fonctionnels et généraux, on retiendra avant tout la douleur persistante et la fièvre, fréquents et nets symptômes au cours de l'intervalle libre.

L'examen clinique minutieusement mené va nous donner presque toujours d'autres renseignements.

A l'inspiration, on notera d'abord les modifications respiratoires déjà signalées : diminution ou abolition de la respiration costale inférieure et gauche, de la respiration abdominale gauche.

Il est, par contre, exceptionnel de voir la voussure classique décrite par COVILLE chez une femme maigre et par Jung NICKEL chez un hussard.

La DOULEUR PROVOQUÉE A LA PALPATION de la région splénique est un signe extrêmement fidèle. Mac INDOE le considère comme un signe essentiel et de fait il est très souvent positif dans les observations, la difficulté évidemment est de faire la part de la douleur due aux lésions superficielles. C'est l'affaire d'un palper systématique.

Parfois même, on a pu avoir l'impression d'une masse pouvant aller depuis la sensation d'une tumeur fixe jusqu'à celle d'une résistance douloureuse profonde.

Quoi qu'il en soit, la persistance de ce « quelque chose » chez un sujet antérieurement contusionné prend la valeur d'un signe particulièrement affirmatif.

Nous arrivons maintenant à l'étude de la CONTRACTURE sur laquelle nous voulons nous étendre un peu.

Par contracture, bien entendu, nous voulons désigner la rigidité involontaire de la musculature abdominale.

Cette contracture peut être légère ou intense, localisée ou généralisée, mais, fait capital, elle est toujours indépendante de la volonté, elle n'est pas déterminée par la palpation, elle ne disparaît, ni ne diminue par aucun procédé de palpation (main chaude, palpation douce à paroi « amadouée »).

Cette définition doit ne laisser subsister aucune équivoque et éliminer le mot de « défense ». Ce terme est habituellement mal employé pour désigner en réalité une contracture légère.

La « défense », si l'on tient à employer ce mot, ne doit décrire que la résistance pariétale, passagère, volontaire, antalgique, réductible qui survient à l'occasion d'une palpation sans douceur. Cette « défense » ne signifie en réalité d'autre que l'existence d'une douleur subjective que le malade craint de sentir réveillée par la palpation. Elle n'a donc rien à voir avec la contracture et l'on doit éviter scrupuleusement toute confusion de terme à ce sujet.

DEMONS, qui le premier décrivit ce signe (Congrès de Chirurgie, 1897), avançait déjà que la contracture révélait une rupture d'organe creux. GUINARD était de cet avis.

Le Professeur HARTMANN qui fit tant pour faire accepter ce symptôme (séance du 6 mars 1901) partageait tout d'abord ce point de vue. Depuis cette époque, la signification de la contracture en matière d'hémorragie intra-péritonéale a été fort discutée.

Une première grande discussion eut lieu en octobre 1926 à la Société Nationale de Chirurgie à l'occasion d'une rupture splénique avec intervalle libre de GRI-

MAULT rapportée par BASSET (voir l'observation n° 18). Au cours de cette discussion où s'opposèrent SCHWARTZ, ALGRAVE, PROUST, LECÈNE, fut posé le problème de la signification de la contracture. PROUST l'admet en cas d'hémo-péritoine, il admet même qu'elle peut disparaître à la période cataclysmique de l'hémorragie. LECÈNE invoquant HEAD et MACKENSIE, attribue à la contracture la valeur « d'un témoin fidèle démontrant l'existence d'une lésion infectieuse du péritoine ». Il ne l'admet pour ainsi dire jamais, dans les hémorragies intra-péritonéales pures dont le diagnostic doit s'établir d'une matité « ascendante ». Il dit même qu'il ne faut pas confondre la contracture avec « une sensibilité pariétale » et une vague résistance musculaire que l'on peut voir parfois dans les hémorragies internes ».

SCHWARTZ est encore plus affirmatif suivi par PROUST en fin de discussion. Seul ALGRAVE affirmait avoir rencontré de véritables contractures dans les ruptures du foie et il avait « peine à croire » que cette contracture était le fait d'une septicité possible de l'épanchement biliaire concomitant.

En 1927, LECÈNE rapportant l'observation de GAUDARD D'ALLAINES (voir observation n° 9) admet une « très notable contracture réflexe ». Il dit : l'action irritante du sang avait eu le temps de se manifester (au cinquième jour).

En 1928 (ibidem, page 1374/1928) BASSET note dans une observation de AUROUSSEAU et ARMINGEAT concernant une rupture associée de la rate et du pancréas, une contracture authentique disparaissant au moment de la grande hémorragie.

En 1930, la question fut reprise à l'occasion de plusieurs observations rapportées par PROUST.

Tous les auteurs furent d'accord pour estimer que la contracture en cas d'hémorragie intra-péritonéale

aseptique était un signe parfaitement possible mais très inconstant : signe irrégulier (Pierre DUVAL, PICOT, MATHIEU) et le Professeur HARTMANN déclara : « la contracture me semble être la conséquence d'une irritation péritonéale qui n'est pas nécessairement de cause septique ».

Cette opinion est restée depuis inchangée.

En 1932, plusieurs études cliniques et expérimentales furent rapportées à la Société.

PROUST avec LEJEUNE ne trouvaient pas de contracture chez le lapin. GUIBAL et GUÉNOT au contraire, par leur méthode indirecte (pneumographe) la décelaient presque toujours.

Puis les observations confirmatives s'accumulèrent et actuellement nous devons admettre les propositions suivantes :

Il peut y avoir contracture à tous les degrés dans les hémorragies intra-péritonéales aseptiques. L'abdomen peut, au contraire, être d'une souplesse absolue. Donc la contracture quelle que soit son degré et son étendue reste un signe absolu de lésion abdominale et une indication majeure à intervenir. L'absence de contracture n'offre aucun caractère négatif et n'apporte pas le moindre argument contre la possibilité d'une lésion profonde.

Dans nos observations, d'ailleurs, l'on note tantôt une contracture intense, tantôt un ventre parfaitement souple et dépressible, tantôt une contracture légère ou localisée.

Faut-il aller plus loin et attribuer à une contracture localisée, comme le font BASSET et AMELINE, la signification d'un caillot organisé ? Ils décrivirent (ibidem, p. 542, 1933), à propos de quatre observations des contractures pariétales au cours d'hémorragies péritonéales dont l'asepsie a été contrôlée par

la culture. Mais il existait des caillots nettement rétro-péritonéaux qu'ils rendent responsables de cette contracture, ils conclurent que la contracture, exceptionnelle dans les hémorragies abdominales profuses, s'observait plus souvent dans les hémorragies limitées et surtout se faisant en plusieurs temps.

En ce qui nous concerne, nous devrions rencontrer la contracture plus volontiers dans les hématomes péri-spléniques ; en réalité cette conséquence n'apparaît pas dans nos observations.

Les signes directs d'épanchement joints à un syndrome anémique doivent certes, logiquement, constituer un ensemble dénonçant l'hémo-péritoine avec une certitude quasi absolue. Ces signes sont pratiquement réduits à la MATITÉ.

On serait trop heureux de retrouver, pendant l'intervalle libre la classique courbe à concavité supérieure des épanchements libres qui n'est pas exceptionnelle au moment de la reprise des accidents (HOCHMILLER).

Il en est de même pour la sensation de flot et la matité déclive au niveau des deux flancs. Les matités retrouvées pendant l'intervalle libre sont plus discrètes. C'est habituellement une matité de l'hypocondre gauche débordant plus ou moins en avant vers l'aire tympanique de la grosse tubérosité. Parfois la matité est plus postérieure.

Habituellement, elle est fixe et cette fixité a paru assez typique aux auteurs anglais pour qu'ils lui donnent le nom de signe de « Ballance » (en réalité, dans cette observation publiée en 1895, BALLANCE dit : « en faisant changer le malade de position, on arrivait à faire disparaître la matité d'une façon complète dans le flanc droit, en partie seulement dans le flanc gauche ». Il s'agissait d'ailleurs de la rupture secondaire

d'un foyer organisé à gauche s'accompagnant d'une hémorragie récente libre.

HUET trouve une matité mobile chez un enfant. Dans nos observations, cette matité est fréquente encore que malheureusement dans la plupart des cas, la percussion ait été négligée pendant l'intervalle libre. Rappelons que, dans l'observation de STAMM (observation n° 17) le volume de la matité augmentait à chaque manipulation ou ponction de la rate blessée.

Donc la matité, qu'elle soit fixe ou mobile, limitée ou étendue est une recherche de valeur. Ce signe est plus fréquent bien entendu, dans les hématomes enkystés de la loge splénique.

Les autres signes directs d'épanchement libre sont moins importants.

Il est un signe que CLAVEL appelle tremblotement péritonéal qui traduit un épanchement péritonéal. C'est une « sensation tactile et visuelle de tremblotement gélatineux obtenue, le ventre n'étant pas contracté, en déprimant la paroi à petits coups ». Les auteurs lyonnais BERTRAND, etc., recherchent volontiers et retrouvent ces signes.

L'on peut encore rechercher « le comblement progressif du cul-de-sac de DOUGLAS décelé à plusieurs touchers successifs (CARAJANNOPOULOS, rapporté par LEVEUF).

L'auteur l'a décrit dans un hémopéritoine par désinsertion mésentérique et l'aurait retrouvé dans les ruptures de la rate.

Quant à la ponction du Douglas qui a utilement renseigné BUMM, nous avouons ne pas en être très partisan.

LES RECHERCHES D'APPOINT

Tels sont, dans leur ensemble, les divers signes existant pendant l'intervalle libre.

A côté de ces signes, souvent inaperçus, mais en réalité rarement absents, plusieurs recherches peuvent être mises en œuvre pour confirmer l'impression soupçonnée. Dans ce cas, comme dans les cas où même l'argument clinique semblerait suffisant, trois ordres de recherches peuvent être tentées : L'examen du sang ; L'examen radiologique et certaines manœuvres chirurgicales.

1. — L'EXAMEN DU SANG pratiqué à plusieurs reprises a montré des modifications, qui, à vrai dire, n'ont guère été d'argument sérieux (SIMON, dans sa thèse inspirée par PATEL, de Lyon, KATZ, Mac INDŒ).

Ce sont :

a) Les modifications de la teneur du sang en hémoglobine. WILLIS a observé dans deux cas une chute du taux de l'hémoglobine de 90 à 70 % et de 97 à 70 %. Cette chute se produit très rapidement en une ou deux heures.

b) Les modifications de la formule sanguine. N'insistons pas sur l'anémie que mesure la chute des hématies à 2.800.000 (OBERLIND).

La *leucocytose*, au contraire, est un signe assez fréquent, important pour les auteurs anglo-saxons. Nous avons trop peu d'observations mentionnant cette recherche pour exprimer notre avis à ce sujet.

En réalité, il ne nous apparaît pas que ces recherches aient jamais été probantes, quel que soit leur intérêt.

2° L'EXAMEN RADIOLOGIQUE, au contraire, est une recherche de tout premier plan à laquelle nous attachons une importance fondamentale.

Déjà prévue par CAMUS, en 1905, qui la propose simplement, elle a permis à P. GOINARD de faire le diagnostic certain d'hématome enkysté chez deux malades, l'un présenté en décembre 1929 à la Société de Chirurgie d'Alger, l'autre dont nous reproduisons l'observation ici (observation n° 8).

PARCELIER a pu confirmer un diagnostic soupçonné et précisé à ce propos quelques symptômes radiologiques (observation n° 2). Notre collègue ESQUIROL en a également tiré un grand bénéfice (observation n° 4).

Ces examens seront pratiqués systématiquement avec la prudence qui est de rigueur en présence d'un tel traumatisé (l'examen radiologique au lit du malade est devenu une chose courante).

a) *L'examen radioscopique* nous montre parfois qu'une opacité plus ou moins diffuse dans la partie supérieure de l'abdomen ; cette ombre, cependant, présente quelques caractères importants : elle siège au-dessous de la coupole diaphragmatique, elle est douloureuse au palper sous écran. Cette opacité s'accompagne souvent de signes plus précis :

La coupole diaphragmatique est parfois surélevée, soit que sa dénivellation normale n'apparaisse pas ou soit qu'elle s'élève au-dessus de la coupole droite.

Les mouvements respiratoires du diaphragme sont diminués d'une quantité variable allant de l'immobilité complète à une simple diminution de l'amplitude et le sinus apparaît moins nettement à la fin de l'inspiration.

L'examen radioscopique pratiqué avec insufflation colique prudente et prise par la bouche de bouillie barytée, a montré à PARCELIER un rejet à droite de l'estomac et une déformation de la grande courbure suffisamment nette pour affirmer le diagnostic de tumeur extra gastrique. Cette absorption barytée nous semble recommandable. Nous estimons, au contraire,

dangereuse, l'insufflation colique au même titre qu'un lavement baryté. L'on n'est jamais certain de l'intégrité du côlon d'une part et, d'autre part, la fragilité des adhérences péri-spléniques doit inciter à la plus grande circonspection, si l'on se rappelle que c'est souvent à l'occasion d'une défécation ou d'un lavement que se déclenchent les accidents secondaires.

La douleur à la palpation sous écran est d'un grand intérêt pour distinguer la douleur profonde de la sensibilité pariétale d'un contusionné de l'abdomen.

Outre ces symptômes purement spléniques ou juxta-spléniques, la radioscopie peut déceler les symptômes d'une lésion pleuro-pulmonaire concomitante, réaction liquidienne de la base, pneumothorax, etc.

On s'assurera toujours, bien entendu, de l'absence du croissant gazeux sous-diaphragmatique, révélateur d'une perforation de viscère creux.

b) *Un cliché radiographique* sera pratiqué, qui fixera parfois une de ces images. Ici encore, les précautions doivent être extrêmes.

Ces signes radiologiques ont pratiquement toujours été nets, lorsque cet examen a été fait. Ils l'ont même été dans une suppuration post-opératoire de la loge splénique (observation GRIMAULT).

Nous sommes persuadés qu'une figure radiologique suspecte chez un traumatisé de l'abdomen doit suffire pour affirmer une lésion de la région ou du moins légitimer, comme nous le verrons, une laparotomie exploratrice.

3° LES ÉLÉMENTS CHIRURGICAUX du diagnostic viendront en dernier ressort, trancher :

a) Nous ne rappellerons que pour mémoire la *ponction exploratrice* de l'abdomen (VON HAUSSER et HEISELSBERG, 1911, BRUNELS, 1916 — à côté de DELOTTE, 1922 — SAVARIAUD, 1921, PARTSCH et WHITE).

Avec notre Maître, le Professeur LENORMANT, nous pensons qu'elle est toujours dangereuse et qu'elle n'est jamais utile ; qu'elle soit positive ou négative le problème reste entier. D'ailleurs, nous ne trouvons dans la littérature aucun cas où son utilité a été démontrée. Le mieux nous semble donc de l'oublier.

b) Les *boutonnieres exploratrices* sont sans danger et présenteraient plus d'intérêt. Nous les trouvons utilisées dans plusieurs cas (GUICHARD). Dans certains cas, évidemment, le péritoine est bleu comme dans toute inondation péritonéale et l'on pourrait alors diriger son incision au mieux.

Mais nous avons vu que fréquemment le cloisonnement de l'hématome est suffisamment complet pour que le péritoine ait ailleurs que dans la région splénique l'apparence normale (FAUNT LEROY, FIOLE, KAKELS).

Nous savons la fréquence des hématomes localisés profonds et en particulier sus-spléniques. Dans un cas de GUICHARD même la boutonniere fut blanche et ce n'est qu'après l'ouverture opératoire de l'hématome par traction sur l'estomac et décollement au tampon monté que « l'issue brutale et importante de sang et de caillots provenant de la loge splénique » vient affirmer l'hématome.

c) *La laparotomie*, modeste si l'on veut, nous semble donc la seule technique d'exploration recommandable.

Nous verrons que, comme nous préférons la médiane sus-ombilicale, cette incision « omnibus » est le terme ultime d'un examen complet chez le sujet soupçonné d'un traumatisme de la rate.

LES ACCIDENTS SECONDAIRES

Parfois inquiété par les petits signes résiduels que nous venons de voir, ou bien encore alerté par un examen radiologique, l'on intervient pendant l'intervalle libre avant l'apparition des accidents secondaires.

Dans ces cas, l'intervention est habituellement aisée, bien supportée par un blessé qui se présente par définition avec un bon état général.

Les manœuvres sont plus méthodiques que devant une hémorragie en cours : c'est ainsi que les auteurs ont pu tranquillement pratiquer la ligature première du pédicule splénique, par exemple.

La statistique montre, en confirmation, que ces cas sont ceux où les résultats sont les meilleurs. Cette méthode nous semble donc éminemment recommandable.

Malheureusement, ces cas sont exceptionnels. Le diagnostic n'a pas été posé et les accidents secondaires vont apparaître, constituant l'une des urgences chirurgicales les plus pressantes. Les conditions d'apparition sont variables ; parfois les accidents semblent provoqués, le plus souvent ils sont spontanés.

Les causes déclenchantes sont représentées avant tout par une contraction musculaire de la sangle abdominale.

Tantôt elle est réflexe, à l'occasion d'un acte physiologique, tel que toux, vomissement, défécation (le malade de M. METIVET demandait le bassin et cet incident est souvent signalé), purgation (?) (FOLLIASSON).

Ailleurs, c'est un simple effort musculaire abdominal : ascension à bicyclette d'une « côte assez raide » — « arraché d'un poids du sol » — « con-

traction brusque » (EGELMANN et HITZLER) ou encore un traumatisme, une chute, qu'on a pu prendre à tort pour la cause première des accidents.

Il est important de noter que le *lever* est parfois la cause déclenchante (SCHMIT en signale un cas au sixième jour). L'on en retrouve d'autres. Il faut donc être sévère quant à l'autorisation du lever, dans les cas où l'on croirait devoir temporiser ou dans ceux où le diagnostic n'est pas suffisamment établi.

Mais le plus souvent, les accidents secondaires surviennent sans cause apparente. La prudence la plus rigoureuse est donc loin d'être une garantie suffisante.

Le déclenchement des accidents est parfois précédé à courte échéance par des *phénomènes prémonitoires*, qu'il faut bien distinguer des signes résiduels portant sur l'intervalle libre.

Les signes prémonitoires ne sont pas rares. Tantôt, ce sont des douleurs avec ou sans malaise général, douleurs à reprises brusques, siégeant dans l'hypocondre ou dans le ventre, irradiant brusquement dans l'épaule gauche : l'on se rappelle le cas du matelot de PETRIDIS. Tantôt c'est un malaise général plus ou moins défini, une petite syncope parfois qui attire l'attention « à la contre-visite ».

Ch. GARNIER nous rapporte ainsi un cas observé par lui à l'Hôpital Beaujon dans le service du Docteur MICHON.

Un blessé hospitalisé pour contusion d'allure bénigne de l'hypochondre gauche, se levait depuis plusieurs jours. Un matin, GARNIER rencontre ce malade debout et le trouve un peu pâle, « en effet, lui répondit-il, je suis un peu fatigué depuis ce matin ». Deux heures après, se déclenchaient, avec une brutalité inouïe, les accidents hémorragiques qui l'emportaient, malgré l'opération d'extrême urgence.

D'autres signes peuvent se voir : ballonnement

abdominal, ictère, mais surtout toute douleur, toute altération de l'état général doivent inquiéter au plus haut point. Ces symptômes sont d'ailleurs le plus souvent absents.

Le *déclenchement* des accidents secondaires est dans la règle, *extrêmement brutal*. « L'hémorragie, dit QUENU, se produit avec une brusquerie et une abondance surprenantes ». « The patient, dit BLAND SUTTEN, can collapse as dramatically as when an aortic anevrym has burst » ; il s'agit là de véritables morts subites. La célèbre observation de CHAUMEL est saisissante : Un journalier blessé par un moëllon et hospitalisé, obtient son exeat au douzième jour, il se lève, descend, et meurt en franchissant la porte de l'hôpital. Ces cas pourraient être multipliés et résumeraient la sémiologie des accidents secondaires déclarés.

Parfois, ils sont plus progressifs, mais se présentent toujours comme un grand syndrome d'hémorragie interne avec signes abdominaux manifestes (signes d'épanchements quasi-constants, contracture très fréquente) et douleurs spléniques violentes avec irradiations scapulaires gauches.

Le diagnostic n'a jamais fait de doute et l'intérêt de l'étude clinique des accidents déclarés devient bien mince.

Quant à l'évolution vers la chronicité, vers l'organisation et la résorption spontanée, elle est possible dans toutes les formes, quoique à notre avis rare.

Il est certain, par ailleurs, que les chances de rupture d'un hématome péricapsulaire ancien et bien organisé se raréfient. L'intervention dans ces cas, serait d'ailleurs logiquement très difficile. Nous envisagerons plus loin son opportunité.

On pourrait multiplier les aspects purement clini-

ques des ruptures spléniques. Bornons-nous à rappeler les deux formes distinguées par Jean QUENU.

La forme caractérisée par des *ictus successifs*, plus ou moins rapprochés, séparés par des périodes d'amélioration, mais non de latence complète est assez fréquente, peu dramatique, de bon pronostic puisque averti par les symptômes, l'on peut presque intervenir « à froid ».

Quant aux formes « distillantes » aboutissant à un enkystement et à la constatation de faux kystes métatratratiques ou d'hématomes définitivement enkystés, elles sortent du cadre de notre étude.

Citons seulement, pour terminer ce petit chapitre, la phrase de J. QUENU qui recommande de « savoir se contenter d'indications assez discrètes pour intervenir ». Que de blessés sont morts par la faute d'une temporisation trop prolongée, par l'attente de signes de certitude. Ajoutons que la pratique étendue de l'examen radiologique aurait bien souvent permis de se décider.

QUELQUES FORMES CLINIQUES

Les formes anatomo-cliniques qui confèrent aux ruptures spléniques l'évolution avec intervalle libre, sont donc des plus variables. Nous nous attacherons plus spécialement à considérer les formes suivant l'état antérieur de la rate et suivant le processus anatomique.

Formes suivant l'état splénique antérieur. — Toutes les causes de lésion du parenchyme splénique et en particulier inflammatoires favorisent la rupture splénique par l'hypertrophie et surtout la friabilité du parenchyme qu'elles entraînent.

De toutes les causes que nous avons vues à l'étiologie, l'une reste au premier plan : le paludisme. Son influence a été niée par Mac KRACKEN. (Nous avons vu qu'il tirait argument que, dans les pays impaludés, on rencontre la même proportion dans les villes et dans les campagnes, alors que celles-ci seulement sont infestées). En réalité, il suffit de lire les observations pour constater le nombre considérable des rates paludéennes rompues.

La forme anatomique ne semble pas influencée par l'état antérieur. Peut-être existe-t-il une légère préférence pour les hématomes périspléniques et une tendance peut-être plus marquée au passage de la chronicité.

En tout cas, la notion classique répandue par certains chirurgiens aux Colonies de la soudaineté et de la gravité toute spéciale de ces ruptures, est certainement très exagérée.

Le traumatisme initial est particulièrement discret dans certains cas. A ce propos, se pose bien souvent le problème des ruptures dites spontanées qui relèvent peut-être d'un traumatisme passé inaperçu.

Nous n'y reviendrons pas. Deux points, cependant nous paraissent mériter d'être mis en lumière :

L'importance diagnostique que présente lorsqu'on soupçonne une rupture splénique latente, la constatation d'un paludisme plus ou moins fruste. Il est indiqué de le dépister et son existence serait un petit argument de plus, à ne pas négliger.

En second lieu, ces ruptures sur terrain pathologique ont pu poser et posent un *problème médico-légal* important, touchant la question de responsabilité.

Rappelons que cette question a été étudiée au Congrès de Médecine Légale de 1929-1930 (HEGERT-GILBERT, LAIGNEL, LAVASTINE) que le Professeur BALTHA-

ZAR en fait état dans son précis ainsi que le Professeur Etienne MARTIN.

E. SOREL, de Toulouse, rapporte le cas d'un blessé accidenté du travail, atteint de fracture ouverte avec longue suppuration qui, pendant sa convalescence, fit une chute qui détermina une rupture splénique mortelle. Celle-ci étant survenue à une époque où le blessé n'était pas légalement consolidé, l'origine médico-légale de cette rupture pouvait donner lieu à une controverse dans le domaine de la loi du 9 avril 1898.

On se souviendra donc que cette notion de terrain peut jouer dans un sens ou dans l'autre ; c'est dire l'importance de la recherche du paludisme pour les moyens habituels et en particulier l'examen microscopique de la rate qui peut montrer dans ces cas des hématozoaires.

Au sujet des variétés anatomo-cliniques, nous avons suffisamment envisagé le partage des cas pour ne pas y revenir longuement.

Les hématomes périspléniques ont-ils plus tendance que les hématomes sous-capsulaires ou les fissures provisoirement obturées, à évoluer vers la chronicité et à guérir spontanément ?

Il est certain que les hématocèles périspléniques anciennes se retrouvent en grande quantité (voir thèse de CAMUS qui en cite de nombreux exemples). Peut-être la pratique systématique de la radiographie dans les séquelles de traumatismes hypocondraux, permettra-t-elle de retrouver de tels cas. Les chirurgiens coloniaux en rencontrent, paraît-il, suffisamment pour autoriser l'abstention opératoire lorsqu'ils sont enkystés et relativement anciens (GOINARD). Ces cas échappent à notre étude. Mais n'envisageant que les cas récents, il nous semble illusoire de déterminer les cas qui ont tendance à s'enkyster. N'en tenons donc pas compte.

Les ruptures avec intervalle libre peuvent se ren-

contrer chez l'enfant comme chez l'adulte (8 ans, P. BERTRAND).

Elles sont incomparablement plus nombreuses chez l'homme que chez la femme, où elles sont régulièrement prises pour une rupture de grossesse tubaire.

N'insistons pas sur les formes absolument latentes, dont on trouvera deux cas singuliers dans les observations inédites n° 13 et 14.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Voici, bruts, quelques chiffres :

QUENU, sur 26 cas opérés, trouve 6 morts, soit 25 % de décès.

Mais observons que, dans les 6 observations inédites qu'il publie, il note 3 morts, soit 50 %.

Archibald Mac INDOE donne, sur 46 cas, la proportion suivante :

sur 37 cas opérés : 27 % de morts ;

sur 9 cas non opérés : 8 morts, soit 82 %.

Quant aux 10 morts post-opératoires, 8 ont eu lieu au cours de l'opération ou dans les 48 heures qui l'ont suivie par hémorragie ou collapsus. Une a eu lieu au troisième jour par broncho-pneumonie et une autre au septième jour par péritonite.

Voici les chiffres des statistiques plus anciennes :

BESNEL HAGEN, en 1900, compte 20 survies sur 37 cas, soit 45 %.

LOTSH, en 1908, sur 138 cas, compte une mortalité de 37,7 %.

PLANSON, en 1909, sur 140 cas : 37,1 %.

BUXTON, en 1922, donne le chiffre de 28,8 %.

Quant aux cas récents non opérés, ils sont grevés d'une mortalité qui atteint, dans les observations relevées par BERGER, 92,3 %. WATKINS donne 100 %

Notre statistique est la suivante : Parmi les 44 cas

que nous rassemblons, 38 seulement sont utilisables et présentent 8 morts et 30 guérisons, soit 21 % de morts dans les cas opérés.

Cette proportion se retrouve sensiblement, quel que soit le mécanisme en cause : hématome sous-capsulaire ou périsplénique, fissure, éclatement.

Nous avons la conviction que la mortalité diminuerait considérablement si l'on intervenait *avant* le déclenchement des accidents secondaires.

Quoi qu'il en soit, elle est encourageante, si l'on suit chronologiquement les statistiques :

1900 (BESSEL HAGEN)	45, %
1908 (LOTSH)	37,7 %
1909 (PLANSON)	37,1 %
1922 (BUXTON)	28,8 %
1926 (CAMUS)	25, %
1926 (SCHLEGEL)	21,5 %
1932 (MAC INDOE)	27 %
1936 (CACHIN)	21 %

Nous n'envisageons pas ici le pronostic post-opératoire qui se confond avec celui des splénectomies par rupture simple.

Le grand danger est la reprise précoce de l'hémorragie en raison d'une hémostase insuffisante (surtout dans les foyers étendus, organisés, adhérents). Par ailleurs, on signale fréquemment les suppurations, les fistules, les pleurésies, les complications pulmonaires.

Il est intéressant de noter que l'on ne signale guère de cas d'éventrations, alors que l'incision que les auteurs pratiquent habituellement (médiane complétée par une transversale gauche) est réputée délabrante par insuffisance de point d'angle.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

1° AU MOMENT DU TRAUMATISME INITIAL, se pose évidemment le problème de la découverte de la lésion splénique, dont les signes vont se calmer ou disparaître.

Il n'est pas bien grave, certes, de la confondre avec une plaie du lobe gauche du foie, du côlon, de l'estomac ou de leurs mesos, ou bien encore de la queue du pancréas, du grêle ou du diaphragme. Il est bien évident qu'aucun signe sérieux n'est à discuter. Il importerait pourtant de pouvoir d'emblée diriger son incision.

Cependant s'il existe des signes de rupture de viscére creux (sonorité, disparition de la matité préhépatique, croissant gazeux à la radioscopie), il est indiqué de renoncer à une laparotomie latérale et de faire d'emblée une médiane, sus et sous-ombilicale, comme le commandait LECENE.

Rassemblons toutefois les éléments considérés comme propres à la rupture splénique.

Le *point d'application du traumatisme* latéral, postérieur ou gauche.

Les *lésions superficielles* : ecchymoses, hématomes sous-cutanés et surtout fractures des dernières côtes gauches. L'on a vu plus haut combien l'association est fréquente. Certes, il existe des fractures de côtes avec contracture légère de la paroi abdominale voisine.

Surtout s'il s'y associe une petite désinsertion du diaphragme ou d'un muscle large. Mais qui nous dit que les cas où cette contracture fut signalée furent exempts de lésions viscérales (dans les cas qui n'ont pas été opérés ?)

La surveillance la plus étroite s'impose dans ces cas, et si en quelques heures, la contracture n'a pas régressé de façon notable, il est indiqué, à notre avis d'explorer chirurgicalement l'hypocondre.

Signalons encore comme élément d'appoint :

L'augmentation de l'aire de matité splénique, que cette matité soit fixe ou mobile. La *notion d'une tare splénique antérieure*, paludéenne. Les *signes radiologiques*, si cet examen est possible.

Bien plus grave est de la *méconnaître*.

Dans le cas d'un traumatisme important, il ne faut pas dire, contusion du rein gauche et ne pas opérer. La confusion, certes, n'est possible que dans les cas sans hématurie (Cas de LAGROT, MORAND, FERRARI).

L'hémothorax gauche (cas du D^r MÉTIVET) même, peut masquer les signes de lésion splénique, de même que les syndromes de choc, comme nous l'avons vu.

2° PENDANT L'INTERVALLE LIBRE, il est nécessaire de poser le diagnostic de rupture splénique sans hémorragie en cours.

On se basera, chez ce blessé dont l'état s'est amélioré depuis le traumatisme sur :

a) *l'interrogatoire*, le traumatisme initial a porté sur l'hypocondre ou la base thoracique gauche. Il a été perçu une douleur profonde. Et surtout l'existence d'une syncope initiale est un élément essentiel. De même on recherchera, l'existence d'antécédents paludéens ou autres, qui peuvent rendre vraisemblable un diagnostic hésitant.

L'interrogatoire recherche encore si parmi les signes actuels, on retrouve de petits malaises, une douleur profonde fixe, des irradiations douloureuses à l'épaule gauche.

b) *L'examen clinique* apportera comme éléments probants : la matité, mobile ou fixe ; la contracture, quelle que soit son étendue et son intensité ; la douleur provoquée à la pression directe ou à l'inspiration profonde ; le subictère ; la tachycardie ; le fébricule, seront également des arguments éventuels, inconstants et sans valeur négative.

c) les *examens complémentaires* seront systématiquement pratiqués.

Sans s'attarder trop à la discussion de la formule sanguine, on préférera transporter le blessé à la salle de radiologie, en se contentant chez les sujets fatigués d'un examen au lit du malade avec bonnette ou d'un cliché.

En relisant nos observations, on voit que la radioscopie a toujours apporté la solution diagnostique quand elle a été pratiquée. Cette recherche systématique s'impose dans tous les cas.

La laparotomie exploratrice reste le dernier terme de la recherche, dans certains cas « à la limite ». On aura plus souvent lieu de s'en féliciter que de la regretter.

3° PENDANT LES ACCIDENTS SECONDAIRES, le problème consiste surtout de décélérer ces accidents au moment de l'éclosion des signes. Il serait ridicule de les méconnaître et l'on peut se résumer en disant que toute accentuation des signes après accalmie, même longue, chez un traumatisé abdominal, impose sans discussion l'exploration chirurgicale.

Une fois les accidents déclenchés, il est évident que l'on ne discute plus que des modalités de l'interven-

tion, et c'est à ventre ouvert, que se posera l'indication thérapeutique. qu'il s'agisse de la rupture secondaire d'un viscère creux, ou de la reprise secondaire de l'hémorragie d'une plaie du foie ou des vaisseaux digestifs.

L'on pourrait évidemment pousser la discussion clinique plus loin. L'on peut certainement préciser certains types d'hémorragies : parler d'hématome de la loge dans les cas de tuméfaction palpable avec contracture et matité localisée, ombre homogène remplissant le sous diaphragme gauche.

Ces descriptions ne nous retiendront pas; l'indication thérapeutique en maintenant le problème pressant.

CHAPITRE VII

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Les indications thérapeutiques se discutent d'une façon différente suivant la période où le blessé est examiné.

1° PENDANT LA PHASE INITIALE, c'est-à-dire lorsqu'après les accidents sérieux ou non, la cédation s'esquisse, faut-il ou non intervenir ?

Intervenir systématiquement, certes, c'est risquer la laparotomie inutile et imposer au blessé un choc opératoire supplémentaire. Mettre le blessé en observation, c'est risquer le déclenchement soudain d'une reprise de l'hémorragie et une intervention peut-être trop tardive ou dangereuse parce que faite dans de mauvaises conditions.

Il suffit d'énoncer ces deux risques, pour en mesurer la gravité respective. Pour nous, notre choix est fait : combien de blessés atteints de rupture splénique, examinés au moment de leur accident initial, sont morts pendant les interventions secondaires, ou avant que l'on n'ait pu intervenir. Et inversement, de combien de morts peut-on rendre avec certitude, responsable la laparotomie exploratrice simple, exécutée dans de bonnes conditions ? Un nombre insignifiant en tout cas certainement incomparablement inférieur. La possibilité d'un intervalle libre dans les

ruptures spléniques doit, à notre avis, renforcer la notion de la nécessité d'indications très larges à la laparotomie dans les contusions abdominales.

2° PENDANT L'INTERVALLE LIBRE, le diagnostic peut être ou fait ou simplement suspecté.

Nous admettons évidemment que la suspicion doit être systématique en présence d'une contusion abdominale, surtout gauche. Mais par suspicion franche, nous voulons entendre un ensemble symptomatique à *deux éléments* schématiques. Le premier élément est la notion d'un traumatisme antérieur portant sur l'aire splénique, que l'on doit concevoir large.

Le second élément est représenté par un signe quelconque qui s'ajoute à cette notion traumatique. Ce peut être par exemple, l'existence d'une syncope initiale, d'une douleur persistante ou récidivante, de fièvre, d'un pouls incertain, de contracture si légère soit-elle, de matité ou bien encore une image radiologique suspecte.

En cas de diagnostic suspecté, les deux mêmes attitudes de la période précédente peuvent être prises.

La *mise en observation* est possible. Mais il importe de fixer avec précision la *durée* de cette observation. Il faut se baser sur la durée moyenne de l'intervalle libre, à la fin de laquelle l'on admet que le danger est sinon définitivement écarté, du moins extrêmement réduit.

L'intervalle libre « moyen » nous l'avons vu, oscille suivant les statistiques, dans la limite de deux à douze jours après le traumatisme. Disons, pour être large *quinze*. C'est précisément cette durée de mise en observation que conseille PATEL (J. SIMON) pour les traumatisés de l'hypochondre gauche. CISLER à la même opinion.

Il nous semble, comme à eux, peu logique, si mise

en observation il y a, de réduire ce chiffre, à dater de ce terme, les accidents secondaires se raréfiant vraiment beaucoup.

L'on remarquera que cette date est précisément celle du premier lever chez un splénectomisé. Elle est certainement moindre pour le blessé qui a subi une simple exploration négative.

Admettons toutefois le principe de la mise en observation, à la condition qu'elle dure deux semaines, qu'un examen clinique très serré et quotidien soit pratiqué, qu'une étude radiologique complète soit faite et qu'après sa sortie, le blessé soit revu à plusieurs reprises.

Mais si la laparotomie systématique ne se justifie pas pour tous les auteurs, dans les cas où l'antécédent traumatique est le seul argument, elle nous semble d'une indication impérieuse chaque fois que la suspicion est franche. Chaque fois qu'il existe le binôme : traumatisme plus contracture, ou traumatisme plus douleur, par exemple.

Lorsque le diagnostic est fait et appuyé par une image radiologique nette, est-il permis d'attendre ?

La question se pose puisqu'une telle attitude a été observée à deux reprises par GOINARD avec succès. CAMUS, dans sa thèse en rapporte plusieurs cas indiscutables, mais incertains quant à leur pronostic éloigné. WALLACE en cite également un cas. Et de fait, nous avons vu la possibilité de guérisons spontanées, d'hématome intra et périsplénique, par organisation, résorption, cicatrices fibreuses, etc...

Mais faut-il mettre ce succès (qui d'ailleurs opéré eut été probablement un succès) en balance avec le redoutable danger d'une hémorragie.

Si l'on se refuse à opérer systématiquement pendant l'intervalle libre diagnostiqué et que l'on attende l'indication fournie par la reprise éventuelle des

accidents, l'on s'expose à intervenir dans de mauvaises conditions.

Est-il besoin de comparer la facilité et la gravité d'une splénectomie faite posément, à froid, où l'on peut commencer, par exemple, par une ligature à distance du pédicule splénique, à la difficulté et la gravité d'une opération brusquée, en présence d'une hémorragie profuse en cours, même entre les meilleures mains.

Personnellement, notre conviction est acquise. Poser le diagnostic de rupture de la rate « refroidie », c'est poser une indication opératoire formelle.

Nous faisons cependant une réserve : le cas où le blessé est vu *très tardivement*, après deux mois, par exemple.

Quant à l'indication thérapeutique pendant l'évolution des accidents secondaires, elle ne se discute évidemment pas. Même si les signes de reprise sont très discrets, on se rappellera qu'ils ont de grandes chances d'être les prodromes de la grande hémorragie.

Choix de l'intervention

Sans insister sur la technique du traitement de la rupture splénique, qui échappe au cadre de notre étude, nous voulons cependant noter quelques détails.

Les voies, d'abord, des auteurs ont été variables. Presque jamais d'ailleurs, les chirurgiens n'accusent leur incision dans les splénectomies difficiles. Tous, et à très juste titre, n'hésitent pas à se donner le jour nécessaire en une ou plusieurs fois. Quelques-uns ont employé la transversale, la paramédiane. Beaucoup plus font la grande incision oblique partant de l'om-

bilic, visant le rebord costal et parfois l'incisant avec suture de la plèvre diaphragmatique par thoracophréno-laparotomie.

Mais la grande majorité des chirurgiens intervenant dans ces cas, a préféré l'incision médiane sus-ombilicale, à laquelle presque toujours se branche secondairement une incision transversale ou oblique vers le haut (RIO BRANCO). Le jour a toujours été très bon et nous ne retrouvons pas d'ennuis sérieux provenant d'une insuffisante vascularisation du point d'angle.

Personnellement nous préférons et conseillons dans tous les cas où le diagnostic est tant soit peu hésitant, une grande incision sus-ombilicale, prolongée vers le *bas* à gauche de l'ombilic. Elle donne, surtout si l'on dispose de deux aides écartant bien, un jour excellent sur tout l'abdomen supérieur. Beaucoup de raisons plaident en faveur de cette incision. Elle est familière, d'exécution et de réparation facile et solide. L'on peut l'agrandir autant qu'on le désire. Elle est peu choquante par elle-même.

Elle est surtout largement exploratrice et permet en cas d'incertitude diagnostique ou de multiplicité des lésions, de découvrir et traiter aussi bien une plaie du foie ou de l'intestin que de la rate. Surtout, elle permet d'aborder en tous points les vaisseaux spléniques.

L'extériorisation de la rate n'est pas difficile, si l'incision est suffisante. Rappelons la facilité particulière d'extériorisation dans la manière récemment décrite par ROUHIER, traction douce et progressive sur l'estomac, vers la droite, sans chercher à agir sur la rate elle-même, après quoi l'on confie à l'aide le soin de maintenir cette traction et l'on agit sur le pédicule premier.

Quant à la nature de l'intervention elle-même, elle

ne souffre pas de discussion. Seule la splénectomie donne la sécurité d'une hémostase définitive. Les sutures spléniques (qui créent des hématomes intraspléniques) comportent une mortalité supérieure à la splénectomie. Quant au tamponnement, il ne mérite d'être cité que comme l'ultime et bien précaire ressource, qu'un chirurgien exercé n'aura plus guère l'occasion d'employer.

Nous croyons utile l'assèchement complet du péritoine, une fois l'hémorragie aveuglée. Avec le docteur MÉTIVET, nous pensons que la présence de sang dans le péritoine peut être nuisible. Il cite lui-même des cas (qui mériteraient une plus longue étude), où l'évacuation simple du sang d'hémopéritoinés a suffi à faire disparaître des accidents marqués.

Tous les compléments à l'intervention chirurgicale sont bien entendus utilisés. Signalons à cette occasion, que la réinjection intra-veineuse du sang épanché, lequel est spontanément défibriné est possible. Cette pratique qui gêne l'intervention et expose à des contacts sceptiques a sûrement perdu de son intérêt, étant donné la facilité d'obtenir actuellement une transfusion banale (On en retrouverait la critique dans la thèse de LEBEL).

OBSERVATIONS INEDITES

OBSERVATION N° 1

Service de M. le Professeur LENORMANT, Hôpital Cochin.

Le 5 avril 1935, entre dans le service le blessé M..., Eugène. âgé de 31 ans. Dans l'après-midi, vers 16 h. 30, alors qu'il jouait au rugby, il a reçu d'un de ses camarades de jeu, un coup de genou, d'une violence modérée. Le coup a porté sur la base du thorax gauche, assez en arrière. Sur le moment, le choc a été intense, pâleur, petitesse du poul, extrémités refroidies. Une dyspnée intense, anxieuse, avec respiration superficielle a cédé assez rapidement.

Admis dans le service, les signes s'amendent considérablement et le blessé est mis en observation. Du 5 au 8, l'état général est satisfaisant, l'abdomen est souple, le poul bon, mais cependant quelques petits signes persistent qui engagent à le garder dans le service : la température se maintient au niveau de 38°, il ne dort pas, il se plaint d'un peu de lassitude. Mais il n'est pas pâle, sa diurèse est normale. Il n'a pas été à la selle, les voies digestives sont saburrales.

A l'examen clinique, on note une zone douloureuse à la base du thorax, du côté gauche, sur la ligne axillaire moyenne. Aucune défense au-dessous. La rate est perceptible sur trois travers de doigts.

Le 7, les signes se modifient un peu dans le sens de l'aggravation. La fièvre monte à 38°,6, poul à 100, un vomissement glaireux est émis, les urines se raréfient, il n'a toujours pas été à la selle, mais l'aspect général est toujours bon, l'abdomen reste souple.

Le mercredi 8 avril, au matin, sans raison apparente, changement brusque : malaise, altération du facies, un crachat sanglant.

L'abdomen est violemment contracturé, surtout à gauche, vive hyperesthésie cutanée. L'on intervient d'urgence avec le diagnostic de rupture secondaire de la rate.

Intervention (Docteurs PERGOLA et LAZARD). Incision médiane sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, un flot de sang s'écoule. On accouche la rate qui est rompue. Elle est assez volumineuse. Extériorisation facile en dépit d'un pédicule assez court et d'une mauvaise anesthésie. Ligature du pédicule en 3 paquets au fil de lin n° 5. Evacuation aussi complète que possible du sang épanché. La fermeture de la paroi aux crins doubles sans drainage.

Les suites opératoires sont simples, le blessé quitte le service le 29 avril en bonne santé

La rate un peu volumineuse présentait une rupture complète de sa face convexe atteignant en profondeur la face.

De part et d'autre de la rupture, la capsule est soulevée par des hématomes. On prélève deux fragments pour examen, la rate est saine. Pas de paludisme dans les antécédents.

OBSERVATION N° 2

Service de M. le Professeur LENORMANT, Hôpital Cochin.

Cl..., Emile, 47 ans, est entré dans le service, salle Cochin, le 4 novembre 1935.

La veille, il a été renversé par une automobile. Il présente des contusions multiples avec ecchymoses à la face et aux membres supérieurs et inférieurs. Le blessé se plaint en outre d'une douleur à l'hypochondre gauche. Pas de fracture de côtes, pas de signe de contusion viscérale.

L'on apprend plus tard, que le malade a eu une syncope au moment de l'accident.

L'état est satisfaisant jusqu'au troisième jour. Dans la nuit du 5 au 6, aggravation brusque. Signes d'hémorragie interne.

Le 6 au matin, pâleur, dyspnée, pouls rapide, presque incomptable.

Douleurs abdominales diffuses. Météorisme sans contracture. Submatité dans les flancs.

La douleur provoquée est toujours maximum à l'hypochondre gauche.

Opération le 6 (éther).

Incision médiane sus-ombilicale. Sang libre en quantité liquide, libre dans tout le ventre.

On extériorise rapidement la rate qui est libre.

Toute la partie supérieure et gauche de l'abdomen est remplie d'une masse de caillots.

La rate est de dimension normale et présente deux fissures, l'une sur sa face interne, un peu en avant du hile, l'autre sur le bord antérieur.

La capsule a été décollée et on ne la retrouve plus qu'au niveau de la face interne.

Ligature et section du pédicule et de l'épiploon gastrosplénique.

On enlève le sang et les caillots.

Une exploration rapide ne montre pas d'autre lésion, sauf une petite fissure superficielle et ne saignant plus à la face inférieure du foie. Paroi en deux plans, sans drainage.

Le blessé sort guéri le 31 décembre.

OBSERVATION N° 3

Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges. Service de M. le Docteur BOPPE.

X..., homme d'une trentaine d'années a été victime d'un accident le 26 septembre (auto contre moto). Le choc a porté sur le côté gauche du corps (petite plaie du bras gauche). Perte de connaissance de petite durée,

un vomissement. Douleur au niveau de l'hypochondre gauche, sous le rebord costal.

Mise en observation à domicile, alité. Compresses sur l'abdomen, il est soigné par son médecin traitant. Rien d'anormal ou d'alarmant semble-t-il jusqu'au 1^{er} octobre à 11 heures du matin.

A ce moment, brusquement, violentes douleurs dans l'hypochondre gauche avec irradiations à l'épigastre. Vomissement bilieux, se lève pour uriner, présente une perte de connaissance. Pâleur extrême.

Il est vu par son médecin traitant qui, devant ce tableau dramatique d'hémorragie interne avec pouls très petit, mou, le fait transporter d'urgence à l'hôpital de Villeneuve.

Examen à l'hôpital le 1^{er} octobre à 15 heures. La pâleur frappe d'emblée. Le malade précise le siège de la douleur dans l'hypochondre, à la palpation elle est très vive.

Pas de contracture, ventre souple, non météorisé. Aucun signe lombaire (urines claires). Température 37°5. Pouls 70, assez bien frappé. Meilleur état général qu'au début de la crise.

Diagnostic (Docteur BOPPE) : rupture traumatique de la rate.

Intervention des Docteurs BOPPE et BOYER à 15 h. 30. Anesthésie générale. Incision de Lecène. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grosse quantité de sang libre (3/4 de litre environ).

On découvre assez difficilement la rate qui est englobée par l'épiploon. Adhérences fraîches qu'on libère. Il s'agit d'un hématome enkysté.

Extériorisation facile de la rate, pédicule long.

La rate présente sur sa surface plusieurs déchirures par éclatement dont les unes sont profondes. Il existe une déchirure au niveau du pédicule. Hématome par infiltration de la queue du pancréas. Splénectomie. Ligatures étagées du meso, ligature totale de sécurité. Un drain, paroi en 3 plans. Huile camphrée. Sérum, glace sur le ventre. Le soir température : 38°. Bon pouls.

A la quarante-huitième heure, malade recoloré, ablation du drain, la température descend, apparition de gaz, urine bien.

Examen du sang: G. R. 2.320.000 ; G. B. 24.800

Au sixième jour, le malade semble en bonne voie de guérison.

OBSERVATION N° 4

(Communiquée par le Docteur ESQUIROL)

M. P..., 36 ans, fait une chute le 20 mars 1934 au matin.

Chute de 2 m. 50 dans un escalier de cave, avec contusion de l'hypochondre gauche dont témoignent encore des ecchymoses.

Légère syncope au moment de l'accident. Mais le blessé, après quelques heures de repos, reprend son travail dans la journée. Durant toute la semaine, il se plaint d'un point de côté gauche qui le gêne pour respirer.

Le 28 mars à 7 heures du matin, alors qu'il prend son petit déjeuner, syncope grave ; le malade accuse des troubles de la vue, devient très pâle et perd connaissance. Aucune douleur dans l'hypochondre. Cette syncope dure une demi-heure. Le médecin appelé prescrit de l'huile camphrée. A midi, nouvelle syncope, de moins longue durée. Vers 16 heures, syncope grave, état très alarmant, le malade est amené à l'hôpital Tenon.

A l'examen :

Tableau typique d'hémorragie interne. Malade froid, pouls à 150. T. A. 7-5. Ventre ballonné Matité dans les flancs.

Ecchymoses à la base latérale de l'hémithorax gauche. Le malade est gêné pour respirer.

Une radioscopie pratiquée à côté de la table d'opération, montre l'immobilité rigoureuse de l'hémi-diaphragme gauche.

Antécédents : Pas de paludisme.

Diagnostic clinique : Rupture secondaire de la rate.
Intervention (ESQUIROL).

Médiane sus-ombilicale avec débridement latéral.

Enorme quantité de sang dans le ventre.

Ligature des vaisseaux courts.

Splénectomie facile. Paroi en 3 plans, sans drainage.

Transfusion 400 gr.

Suites opératoires :

Bonnes pendant quatre jours. Le malade fait cependant de légères hématémèses. Au quatrième jours, gros foyers broncho-pneumoniques. Le malade meurt de complications pulmonaires le douzième jour.

Examen anatomique :

Rate de volume normal. Déchirure de la capsule en étoile, siégeant à la partie centrale de la face convexe. Sous la capsule on trouve les traces d'un hématome du volume d'une mandarine, le tissu splénique étant repoussé.

Examen histologique : tissu splénique normal.

OBSERVATION N° 5

Service de M. le Docteur MÉTIVET. Hospice d'Ivry.

F... 37 ans est entré le 7 avril dans le service, à la suite d'une chute grave. Le chirurgien de garde a constaté un état de choc très marqué, syndrome de contrition abdominale, fractures de côtes gauches, fracture ouverte de jambe gauche

Il prescrit morphine, tonicardiaque, sérum.

Le 8, j'ai trouvé ce blessé un peu moins choqué avec pouls très rapide, 38. Une dyspnée très vive, une légère submatité, une légère contracture et une légère submatité de la moitié gauche de l'abdomen. Il était certain qu'une hémorragie intrapéritonéale s'était produite et non moins certain qu'elle paraissait arrêtée. Sérum et morphine à petite doses.

Le 9 même état local, avec grande amélioration de l'état général. Et nous avons discuté l'intérêt de l'inter-

vention. J'avais à ce moment la certitude que l'hémorragie était arrêtée et j'ai attendu.

A la visite de 2 heures, le blessé était très bien, il a lu son journal.

A 6 heures du soir il a demandé le bassin, il a été pris d'un malaise subit avec pâleur, dyspnée, angoisse.

Monsieur LÉVY, interne de garde a été appelé. Il a fait faire une transfusion et appelé le Docteur MÉNÉGAUX, chirurgien de garde. Le blessé a été opéré et est mort sur la table.

Pièce : Eclatement complet de la rate.

OBSERVATION N° 6

(Communiquée par le Docteur PICQUART)

Le sous-lieutenant O..., fait le samedi matin, une grosse chute de bicyclette (il passe au-dessus de son guidon et tombe sur le côté gauche). Il rentre chez lui par ses propres moyens. Un médecin l'examine l'après-midi, ne constate rien d'alarmant, mais par prudence le fait transporter à l'hôpital militaire.

Dimanche matin, le blessé se trouve bien ; la nuit a été bonne, le pouls est à 75, le ventre ne présente pas de contracture vraie, mais cependant un léger manque de souplesse. Rien dans l'hypochondre gauche.

Dans l'après-midi du dimanche, le blessé qui s'était endormi est réveillé brusquement par une douleur aiguë siégeant dans le flanc gauche. Très rapidement elle se dissipe. L'examen ne montre à ce moment rien de nouveau, le pouls, le ventre restent ce qu'ils étaient.

Dimanche soir, le blessé semble un peu moins bien, il est fatigué ; le ventre est légèrement météorisé, un peu plus que le matin.

Le lundi matin, changement complet. On est en présence d'un homme très pâle, très fatigué (qui a peu dormi la nuit). L'examen montre une absence totale de contracture, mais de façon indiscutable, un météorisme des

plus nets. Le blessé n'a pas eu de gaz depuis le dimanche soir. Rien au T. R. Le pouls par contre s'accélère : il dépasse 100.

En somme, le lundi à midi, 48 heures après un traumatisme abdominal violent, on constate des signes d'hémorragie interne et des signes d'occlusion, sans qu'à aucun moment il ait existé de contracture vraie ; une intervention est décidée et le blessé est transporté à Strasbourg, (70 km. accomplis en auto).

A Strasbourg on hésite (1) enfin on intervient le lundi à 19 heures.

On trouve du sang dans le péritoine, une rate éclatée, pas de perforation de viscères. Transfusions, etc... Guérison (revu en bonne santé 6 mois après).

OBSERVATION N° 7

(Communiquée par le Docteur JOURDAN)

M. S. Léon, 35 ans, terrassier, service militaire aux T. O. E. (paludisme certain)

Hospitalisé le 22 mars 1932 à Tenon (Service CERNEZ), à la suite d'un éboulement, passablement choqué

Le choc s'amende, mais après 24 heures, lipothymie. Suivi par l'interne de service. Examiné par MOULONGUET. On ne trouve pas de raison suffisante pour intervenir.

Le 25 au soir, état très satisfaisant, T. A. 37°5, pouls 80. Le malade demande à manger.

Etant de garde, je suis appelé auprès de lui à 2 heures du matin, le 26. Je constate : état syncopal avec dyspnée, angoisse, sueurs froides, pouls à 100 assez bien frappé. En reconstituant les faits, j'apprends ceci :

Le blessé a reposé jusqu'à 1 h. 30. A ce moment il a demandé le bassin et, au cours d'un effort de défécation, est survenue une douleur extrêmement brutale et violente dans la région sous-costale gauche, avec irradiations scapulaires gauches. A l'examen, ventre souple,

mais douloureux électivement dans la région sous-costale gauche. Matité indiscutable du flanc et de la fosse iliaque gauche. T. R. 0.

R. BERNARD, me donne l'autorisation par téléphone et me conseille de faire une médiane sus-ombilicale.

Opération : JOURDAN, aide ; MORAX, de garde en médecine.

Médiane sus-ombilicale, sang liquide, avec caillots en grande abondance dès l'ouverture du péritoine.

Extériorisation très facile d'une rate éclatée à long pédicule.

Grand diamètre supérieur à 15 cm. Lésions prédominantes au pôle supérieur. Splénectomie très facile après ligature en deux fois du pédicule. Nettoyage du péritoine. Fermeture pariétale sans drainage.

Transfusion 150 (impossible de faire plus).

Suites très simples. Sorti au quinzième jour. Non revu ultérieurement.

OBSERVATION N° 8

(Communiquée par le Docteur GOINARD).

Aïssam Nadir, 40 ans environ, est atteint le 20 août 1936 d'un coup de pied de mulet à la base thoracique gauche.

Le Docteur BENOIR (de l'Alma), constate une fracture du segment postérieur des 9° et 10° côtes.

Les jours suivants, crachats hémoptoïques, matité à la base thoracique, élévation vespérale de la température.

Peu à peu, la situation s'améliore. Il persiste seulement une douleur dans l'hypochondre gauche.

Une radiographie demandée avant la reprise du travail indique, le 3 octobre, 45 jours après l'accident, que les plaques pulmonaires, les cul-de-sac pleuraux, la mobilité du diaphragme, sont normaux.

Mais elle révèle une masse sous-diaphragmatique dou-

leureuse au palper, d'opacité homogène, dont le contour inférieur convexe, déborde franchement la dernière côte et déforme fortement en « hamac » l'angle colique gauche. On pense à un kyste hématique de la loge splénique (Docteurs VIALLET et MARCHINI).

Le 6 octobre, le patient m'est adressé en consultation : il souffre encore de l'hypochondre gauche ; on sent là une tuméfaction douloureuse au palper, dure, globuleuse, mate et repoussant vers le bas la sonorité colique. L'état général est excellent.

Le problème médico-légal n'était pas sans intérêt. Je crus devoir conseiller la prolongation du repos et conclure à un pronostic favorable, grâce à une résorption progressive de l'hématome.

OBSERVATION N° 9

(Communiquée par le Docteur Y. DELAGENIÈRE (*Le Mans*).
Obs. 1319.

M. C. P..., 45 ans, cheminot, est atteint d'un coup de tampon de wagon le 21 mai 1930, à 11 heures du matin. Il arrive à la clinique en état de choc, celui-ci se dissipe assez rapidement. A la visite de 16 heures, je trouve le blessé avec un ventre douloureux, un peu dur ; mais il n'y a en somme aucun signe ni de réaction péritonéale, ni d'hémorragie ; pouls 80. Mais le 22 au matin, je trouve le malade avec un pouls à 100, il est très pâle, le ventre est « en bois ». Je décide d'intervenir.

Anesthésie au Schleich. Incision médiane sus-ombilicale : d'emblée le transverse apparaît énorme, très dilaté, gênant beaucoup l'exploration. Je trouve d'abord une minuscule plaie par déchirure du foie à l'insertion du ligament suspenseur ; cette plaie ne saigne pas. A gauche, sang plus abondant : la rate, mobile, se laisse attirer facilement dans la plaie ; son pôle supérieur, le tiers supérieur de la face postérieure sont arrachés, contus, saignants.

Je complète l'incision par une branche transversale en L. Splénectomie, ligature en masse du pédicule, puis dans ce pédicule un catgut chromé est ajouté sur le bout de l'artère nettement visible. Suture de la paroi en trois plans. Un drain « latéral » à la manière de H. DELAGENIÈRE est placé, allant du Douglas à une boutonnière en face de l'épine iliaque gauche.

Le 25 mai (3^e jour), le malade n'a pas encore été à la selle. Inquiet de l'énorme distension transverse dont je n'ai pas trouvé de cause, je pratique un anus cæcal sur tube de Paul, sous-anesthésie au chlorure d'éthyle. Malgré cela et la médication la plus énergique, l'intestin ne reprend pas son fonctionnement et le malade meurt le 30 mai.

OBSERVATION N° 10

(Communiquée par le Docteur Y. DELAGENIÈRE (*Le Mans*).
Obs. 1773-74 et 1890.

M. R. D..., 14 ans, a fait le 29 mars 1931 à 10 heures, une chute grave. A son arrivée à la clinique, il se plaint de douleurs abdominales vagues, et ne présente de ce côté aucun signe clinique. Par ailleurs, une plaie profonde traverse la main gauche de l'éminence hypothénar à la base de l'index, sectionnant les fléchisseurs I, II et III et les arcades artérielles. Le nécessaire est fait de ce côté.

Le 29 mars au soir, le blessé se plaint de douleurs dans l'hypochondre gauche. Alerté par les deux cas vus précédemment à court intervalle, je recherche les signes d'une rupture de la rate possible ; la douleur a été signalée au début par le médecin comme une fracture de côte possible, mais il n'y a rien à ce niveau. Le ventre est souple, le pouls est à 90 ; je décide de surseoir.

Mais le 30 au matin, le pouls est à 105, le ventre est dur. Intervention sous anesthésie au Schleich. Incision para-ombilicale : il y a du sang dans le ventre.

Le foie, l'estomac et l'intestin sont indemnes ; en passant la main dans l'hypochondre gauche, je sens à une grande profondeur la rate qui présente une profonde déchirure. Une incision transversale est menée en haut de la première (donc en L renversé). J'enlève une rate gonflée de sang, de 20 cm. sur 12, truffée d'ilots noirs. Nettoyage du péritoine, fermeture en 3 plans sans drain. (Le côlon ici était normal). Guérison sans incident, malgré l'état très grave.

Le malade est revu en juin 1931 avec une éventration de la branche horizontale de l'incision. Je fait le 5 juin une cure radicale en 4 plans (péritoine, muscles par points en U, aponévrose et peau). Resté guéri depuis.

OBSERVATION N° 11

Docteur GARNIER, service du Docteur BOPPE (St-Louis).

L'enfant Vil... Placide est amené le 3 juin 1936, 29 heures après l'accident.

On rapporte que le 1^{er} juin l'enfant est tombé en courant. Le flanc gauche a porté sur une grosse pierre. Pas d'accidents immédiats, il ne vomit pas.

Mais peu à peu les douleurs augmentent, le ventre se ballonne, le facies s'altère. On l'amène alors.

Examen le 3 juin : facies creusé.

Il se plaint : 1° de l'épaule gauche (creux sus-claviculaire) ; 2° du flanc gauche.

Il respire mal, température 38°5, pouls 100, agitation.

Le ventre est très ballonné, contracturé avec un maximum de contracture et de douleurs à la palpation de l'hypochondre gauche.

On porte le diagnostic de rupture de la rate. On élimine la participation rénale (a uriné spontanément, urines claires).

Intervention à la 30^e heure. Incision oblique gauche. Le ventre contient en abondance du sang liquide (pas de caillots : hémorragie récente) La rate volumineuse que

deux polaires rendent adhérente, est rompue transversalement en 2 fragments presque entièrement détachés l'un de l'autre mais qu'un long caillot circulaire maintient au contact Splénectomie. Le pédicule extrêmement étalé nécessite une série de ligatures. Deux mèches au contact du pédicule dans la loge splénique.

Suture de la paroi en 3 plans.

OBSERVATION N° 12

(Communiquée par le Docteur SORREL).

Pfaff Ernest, 37 ans, renversé par une auto le 19 janvier 1933. Amené à la clinique immédiatement. Signes de commotion cérébrale, amnésie, pas de signe de contusion abdominale.

Traitement : repos au lit, traitement symptomatique.

Par la suite : pouls normal, pas de fièvre, aucun signe de fracture du crâne. A noter une légère douleur à l'inspiration sous le rebord costal gauche et à l'épaule gauche. Palpations, percussion s. p.

Le 26 janvier à 5 heures du matin, douleur épigastrique brusque, veut se lever, fait une syncope. La sœur de garde fait une injection toni-cardiaque et n'appelle pas à tort, l'interne de garde. Nouvelle syncope à 8 h. 30. A ce moment je le vois avec BAUER. Pâleur, sueurs froides. Pouls rapide et faible. Douleur et contraction de l'étage sus-ombilical.

Opéré immédiatement : Docteurs BAUER et KUNLIN.

Ether. Boutonnière sus-ombilicale. Un gros caillot en avant de l'épiploon Agrandissement de l'ouverture. Le sang vient de gauche On sent une rate déchirée On fait une incision transversale allant du milieu de l'incision sus-ombilicale jusqu'au rebord costal gauche. Hémorragie très abondante et récente de la loge splénique. Extériorisation rapide de la rate et splénectomie par ligature du pédicule qui se trouve désinséré du hile, de la rate et ligature de l'épiploon gastro-splénique.

On évacue le sang. Mèche au contact du pédicule. Fermeture très soignée (3 fils de bronze totaux, sujet assez gros)

Le 30 janvier 1933, température qui monte progressivement à 41°. Abdomen en bon état. Poumons s. p.; malgré toutes les médications, sérum, transfusion, décès. Autopsie : rien de particulier à l'abdomen.

Enfoncement de la base du crâne qui est manifestement la cause du décès (d'après le compte rendu d'autopsie).

OBSERVATION N° 13

(Communiquée par le Docteur JOURDAN).

D... Salvator (espagnol), 22 ans.

Hospitalisé à St-Louis le 15 mai 1930 après accident de travail (j'ignore la nature exacte), pas de paludisme connu.

Choc discret, rapidement dissipé. Examiné 4 jours de suite. Rien. Température normale. Pouls à 70. Aucune douleur, ventre souple.

Le sujet manifeste une certaine impatience et désire profiter de son hospitalisation pour être débarrassé d'une hernie inguinale gauche

Il est opéré le 20 mai (AUDEMAR).

A l'incision du sac herniaire (il s'agissait d'une oblique externe banale) flot de sang liquide, noirâtre.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. Hémorragie intra-péritonéale diffuse. Pas de lésion viscérale constatable. On pense à l'origine splénique vraisemblable et on branche sur la médiane une incision complémentaire oblique en direction du rebord costal gauche.

Grosse rate adhérente, largement éclatée, entourée de caillots, splénectomie extrêmement laborieuse. Le pôle supérieur s'isole par déchirure et ne peut être extirpé.

Guérison sans incidents, après choc opératoire inquiétant pendant 2 jours.

OBSERVATION N° 14 (inédite)

(*Service du Docteur DESMARET,
communiquée par le Docteur RONQUÈS.*)

Le 13 février 1933.

Del... Jean-François, 65 ans, terrassier, entre d'urgence dans le service à 23 h. 30.

Il présente une hernie inguinale droite étranglée depuis le matin. On remarque sa pâleur et le météorisme abdominal sous rachianesthésie. Le Docteur RONQUÈS procède à la cure de cet étranglement. Il note un caillot adhérent au sommet de l'anse herniaire. Dès la réduction de l'anse, un flot de sang noir « bouillonnement impressionnant » pendant quelques secondes. Or, aucune lésion n'explique cette hémorragie et l'état général reste excellent, le pouls bon.

Le sujet interrogé à ce moment s'écrie : « Mais c'est de mon accident » et il raconte que 15 jours auparavant, il a été atteint à la suite d'un traumatisme, d'une fracture des côtes gauches basses.

Laparotomie, le péritoine est bleu, contient du sang noirâtre, poisseux, sans caillot. La palpation de la rate, y décèle une large fissure — on n'y touche pas, l'hémorragie semblant arrêtée, — paroi en trois plans.

OBSERVATION N° 15

(*Communiquée par le Docteur J. CAMELOT.*)

Lépicier Marcel, 29 ans, 123, rue Oberkampf, entre dans le service le 3 août 1935.

A subi un traumatisme thoraco-abdominal gauche. Présente un petit hémithorax et est hospitalisé dans un service de l'Hôpital St-Louis.

Après un intervalle libre de 4 jours, douleur dans l'épaule gauche et syndrome d'hémorragie interne. Pas d'augmentation de l'épanchement thoracique.

Laparotomie (7 août) en présence du Docteur MEILLÈRE. Incision oblique en haut et en dehors de la ligne médiane au rebord costal. Sang et caillots dans le péritoine. Extériorisation de la rate qui est déchirée au pôle inférieur. Section et ligature du pédicule. Drain dans la loge splénique. Surjet de catgut sur le péritoine, soie sur les muscles. Crin et agrafes.

Suites opératoires normales.

Pièce : Fimures multiples de la capsule au pôle inférieur, le tissu splénique est distendu par un hématome.

OBSERVATIONS RECENTES

OBSERVATION N° 1

Mac INDOE.

Un homme de 45 ans, 10 jours avant l'admission à l'hôpital, est frappé par une branche au cours de la chute d'un arbre qu'il abattait. Le coup a porté sur le quadrans supérieur gauche de l'abdomen.

Le patient insiste sur le fait que le coup était d'une force modérée, qu'il n'est pas tombé et qu'il n'en résultait aucune trace externe.

Presque aussitôt cependant, il ressentit une violente douleur dans la profondeur de la région. Cette douleur dure 10 minutes environ, puis diminue jusqu'à disparaître presque si bien qu'il peut continuer son travail.

La douleur reprend au cours de la nuit, puis disparaît à nouveau.

Il consulte son médecin qui ne trouve rien à l'examen.

Il se remet au travail pendant 7 jours, ne se plaignant que d'une douleur légère mais persistante dans la région traumatisée.

Le matin du 9^e jour après l'accident, la douleur s'accroît soudainement, tout en conservant ses mêmes caractères, son intensité s'accroît, et elle s'étend avec irradiation au dos et à l'épaule gauche. Elle augmente violemment à l'inspiration profonde, s'accroissant alors à la base gauche du thorax.

Elle s'accompagne de nausées, sans vomissements, puis apparaît une courte syncope.

Ces signes l'amènent à l'hôpital.

Il rappelle que les jours précédents, il n'a eu aucune élévation thermique et que sa diurèse est restée normale. L'étude des antécédents est complètement négative.

A l'admission à la clinique, dit Mac INDOE, « the man was graveley ill », la peau pâle, couvert de sueur froide, les yeux éteints, délire, respiration rapide, seulement costale.

Les genoux fléchis sur l'abdomen « for greater confort ». Pouls à 100. Température 99,2. Tension artérielle 140/80 (la pression cystolique normale étant de 200). Congestion des bases. Tympanisme du côté gauche du thorax avec élévation du diaphragme qui aurait plutôt fait penser à une hernie diaphragmatique (?).

Au palper, contracture généralisée prédominant nettement au quadran supérieur gauche de l'abdomen : matité fixe du rebord costal à l'ombilic.

Rien au toucher rectal, urines normales.

Examen du sang :

hémoglobine : 48 % ;

globules rouges : 2,7 millions ;

leucocytes : 25,8 mille.

Le diagnostic clinique est celui d'une hémorragie péritonéale, probablement liée à une rupture splénique avec peut-être hernie diaphragmatique gauche. Le malade est mis en observation pendant 12^h heures.

Sérum sous-cutané.

Le lendemain, l'état s'est nettement aggravé et l'intervention est décidée.

Opération. Anesthésie locale et éthylène, large incision transversale, sous-costale gauche, sang dans le péritoine, énorme hématome, mélange de caillots noirs et de sang rouge allant de l'estomac et du côlon transverse au dôme diaphragmatique gauche. Quantité estimée : 2 litres.

Un fragment de rate de 8 cm. est adhérent à la capsule, le reste de la rate est en 5 morceaux détachés, perdus dans les caillots et réunis par eux. Le pédicule splénique est entièrement libre, mais ne saigne guère.

Ablation de toute la masse.

Pose de 3 clamps sur le pédicule, quelques ligatures

sur la grande courbure. Gaze iodoformée dans la cavité. Fermeture de la paroi. Transfusion immédiate de 500 grammes.

Clamps enlevés à la 48^e heure, mèche le 7^e jour. Se lève le 16^e jour après l'opération ; convalescence sans incidents.

Pièce. — Sur chaque fragment de rate, la capsule est séparée du parenchyme sous-jacent par un caillot organisé de 1 à 5 cm. d'épaisseur.

Plus profondément, quelques hématomes et infarctus.

Au microscope, tentative nette d'organisation avec nombreux fibroblastes et cellules endothéliales pénétrant dans le caillot à partir des fragments de rate normale.

L'aspect histologique est celui d'une réaction d'organisation au 8^e et 10^e jour.

Sur l'autre face (de la capsule) le sang de l'hématome périplénique, est d'origine récente ; pas d'organisation.

Un fragment de pulpe splénique resté adhérent à la capsule est retourné par l'hémorragie.

Il apparaît donc nettement qu'il y a eu :

1° Rupture intra-capsulaire, puis hémorragie extensive sous-capsulaire ;

2° petites hémorragies répétées ;

3° « explosion » de la rate (à l'occasion d'une élévation de la pression) et constitution de l'hémorragie périplénique.

OBSERVATION N° 2

PARCELIER.

Il s'agit d'un homme de 32 ans, qui le 2 juin 1929, fait une chute d'un échafaudage de 10 mètres de haut.

Il présente à son entrée à l'hôpital, des signes évidents de fractures de côtes de la base droite, compliquées d'un hémothorax peu abondant et d'emphysème sous-cutané.

Pas de signe de lésions viscérales abdominales.

Rétention d'urine passagère. A présenté une lipothymie.

Le lendemain, ecchymoses du fond des bourses, surtout à droite traduisant l'hémorragie du péritoine dont l'origine est impossible à préciser.

On *pense* à une rupture de la rate. On en recherche systématiquement les signes chaque jour.

On ne trouve rien pendant 15 jours.

Le 26 juin, apparaissent les signes d'un épanchement pleural à la base gauche.

On pense à un hématome périsplénique bien que l'examen de l'abdomen soit négatif

L'examen radioscopique (28 juin) à lui seul fut incapable de donner la solution du problème, mais une fois le côlon insufflé et l'estomac plein de bouillie barytée, ce dernier apparaît nettement déjeté à droite et sa grande courbure déformée.

On affirme l'hématome périsplénique et on décide la laparotomie (29 juin).

Incision parallèle au rebord costal gauche.

On se trouve en présence d'un volumineux hématome périsplénique complètement caché sous la capsule diaphragmatique et ne faisant aucune saillie du côté de l'abdomen.

Il apparaît solidement enkysté dans la loge splénique par des adhérences épiploïques.

Evacuation et splénectomie difficile en raison des adhérences, suintement abondant. Mort une heure après l'intervention.

Pièce. — Rate déchirée sur 8 cm. et sur une profondeur de 2 à 3 cm.

A l'autopsie, il existe en plus un hématome sous-péritonéal du foie, au niveau du ligament coronaire, un hémithorax droit d'un demi-litre et un hémithorax gauche de 3 quarts de litre.

C'est l'hémorragie hépatique péritonéale qui s'est étendue au niveau des bourses.

OBSERVATION N° 3

EISENKLAM.

Homme 35 ans. Quatre heures avant son entrée à l'hôpital, au cours de son travail, il ressent une douleur subite. Cette douleur d'abord généralisée dans l'abdomen, se localise bientôt à droite et irradie à l'épaule et aux membres supérieurs droits. Nausées.

A l'interrogatoire, on apprend que 19 jours auparavant, il a fait une chute de son lit avec contusion de l'hypochondre droit, peu douloureuse, n'empêchant pas le travail.

A l'examen : Pâleur. Pouls à 68. Température à 36,2. Ventre de bois. Douleur vive à l'épigastre et à l'hypochondre droit. A gauche, pas de douleur appréciable.

Diagnostic clinique : Ulcère perforé.

Opération : Laparotomie médiane sus-ombilicale, sang frais et caillots dans le péritoine ; rien au foie.

A la palpation, on sent une déchirure de la rate. Section transversale du grand droit gauche pour aborder la rate.

Celle-ci, normale de volume et de consistance, présente sur la face convexe, une déchirure du parenchyme longue de 9 cm., large de 3.

Autour de la déchirure, la rate est détruite sur une grande étendue.

OBSERVATION N° 4

P. BERTRAND et PALLUEL.

Homme 21 ans. A fait le 31 octobre 1931 une chute de 5 mètres de haut.

Il est transporté à l'Hôtel-Dieu dans le service du Docteur PATEL dans un état de choc alarmant.

On lui reconnaît des fractures multiples du maxillaire inférieur, du sinus splénoïdal et du sinus frontal.

Peu à peu, le choc se dissipa.

Un hémothorax gauche domina alors la scène clinique, et la dyspnée, le hoquet, présentés par ce malade sont mis sur le compte d'un épanchement pleural.

Rien n'attirait l'attention du côté de l'abdomen, quand le 13 novembre (14 jours après l'accident), le malade sentit une vive douleur dans l'hypochondre gauche, en même temps qu'il pâlisait et présentait les signes d'une hémorragie interne abdominale.

Le diagnostic était indiscutable.

Intervention le 13 novembre 1931, BERTRAND.

Anesthésie générale, éther goutte à goutte.

Longue incision oblique de Lecène, qu'il faut prolonger par une incision oblique en hauteur parallèle au rebord costal.

C'est un énorme hématome de la loge splénique qui s'est rompu secondairement dans la cavité abdominale.

Ablation rapide des caillots, protection par compresses.

La main droite pénètre dans la loge splénique et ramène, non sans difficulté, car elle est très adhérente, la rate.

J'ai alors la surprise de constater que cette rate est absolument libre par sa face hilaire et qu'une fois séparée des adhérences qui la retiennent aux parois organisées de l'hématome, « *elle tombe dans la main* », sans qu'on soit obligé de lier le pédicule splénique.

Celui-ci, en effet, a été absolument désinséré par le traumatisme et ce n'est pas sans difficulté que sur la paroi abdominale postérieure, je pus retrouver les restes d'un pédicule splénique très court, qui m'obligèrent à fixer les ligatures en chaîne sur la queue du pancréas. Assèchement de la loge splénique. Constatant que rien ne saigne, la paroi est fermée en un plan, sans drainage.

Dans les suites, abondante suppuration superficielle, puis pleurésie purulente gauche.

Pleurotomie le 20 janvier 1932.

Actuellement (avril 1932) guérison.

OBSERVATION N° 5

CADENAT.

(Communiquée par le Docteur BILLET).

G. Oswald, 15 ans 1/2, renversé le 26 avril par une auto et admis dans un service voisin où il reste 12 jours en observation :

Signes adominaux discutés : ventre souple, sensible à la pression dans l'hypochondre gauche. Pas de matité dans les flancs.

Diminution de l'ampliation thoracique du côté gauche.

Le pouls, de 120 à l'entrée, est bientôt à 100.

Température normale: s'élève à 38° les jours suivants, pour retomber à 37° le 30 avril.

Sort le 7 mai.

Le 31 mai, au réveil, douleur diffuse de l'abdomen et vomissements de bile, visage pâle, pouls rapide à 128.

Le ventre respire bien, il est souple à la palpation.

La pression profonde est douloureuse dans la fosse iliaque droite.

Etant donné la date ancienne du traumatisme, BILLET, interne de garde, pose le diagnostic d'appendicite et l'opère devant le chirurgien de garde qui a confirmé son impression clinique.

Anesthésie au mélange de Schleich, incision de Mac BURNAY. Sang à l'ouverture du péritoine, suture de l'incision.

Incision sus et sous-ombilicale.

On sent la rate augmentée de volume.

Extériorisation facile, hématome sous-capsulaire avec fissure de cette enveloppe qui laisse sourdre du sang.

Splénectomie avec ligature du pédicule en deux fois.

Paroi en un plan, crins doubles sans drainage.

La rate enlevée, montre après évacuation de l'hématome sous-capsulaire, un éclatement en 3 endroits.

Suites opératoires : le lendemain 40°, pouls 140, agitation, pâleur, dyspnée.

Transfusion 180 grammes et traitement général habituel.

Les jours suivants, la fièvre tombe rapidement.

Numération globulaire le 5 juin :

G. R. : 2 M.

G. B. : 10.000.

Traitement de WHIPPLE et le 18 juin :

G. R. : 2 M. 6.

G. B. : 9,500.

Sort le 10 juillet en bon état, revu le 1^{er} août. Après séjour à la campagne, se porte très bien.

OBSERVATION N° 6

Pierre BERTRAND et BRECHET.

Le jeune X... est admis à l'Hôtel-Dieu le matin du 8 mars 1930, après une chute de 7 à 8 mètres de haut.

Il avait perdu connaissance immédiatement et ne reprend connaissance qu'une fois admis dans le service :

Examiné une demi-heure après l'accident : pâleur frappante. Donnait l'impression d'avoir une hémorragie interne.

Ses téguments étaient d'une coloration blâfarde.

L'état presque somnolent, le pouls faible à 120.

Le Docteur ALAMARTINE pense à une lésion interne, mais l'exploration abdominale est absolument négative, ventre souple, entièrement indolore, urines claires.

Il y avait en outre, une fracture du tiers supérieur de l'humérus gauche.

Diagnostic clinique : choc par traumatisme grave.

Dès le lendemain, les signes alarmants avaient disparu et pendant 8 jours, l'observation très attentive ne permet de déceler aucune autre lésion que la fracture du bras gauche.

Le matin du 9^e jour, température 38°. Il semblait n'y avoir aucun motif d'inquiétude à son sujet.

L'interne à la contre-visite, est très surpris de trouver

le malade complètement transformé et dans un état alarmant.

A 3 heures de l'après-midi, celui-ci avait ressenti une douleur violente, d'emblée généralisée à tout l'abdomen, il était redevenu pâle immédiatement et il ressentait une soif intense. Pouls à 130.

J'avoue que je ne fus pas d'emblée de l'avis de l'interne qui m'avait appelé ; la palpation de l'abdomen était en effet absolument négative, aucune contracture, aucune douleur localisée.

J'étais seulement frappé par l'extrême pâleur, la rapidité du pouls et la soif.

Malgré l'absence de signes abdominaux et sur la notion de traumatisme antérieur et les signes d'hémorragie interne, l'intervention d'urgence est décidée.

Anesthésie générale à l'éther goutte à goutte.

D'abord boutonnière sus-ombilicale qui décèle la présence de sang dans la cavité abdominale en grande quantité.

J'agrandis par une sus-ombilicale et oblique, formant un Rio-Branco.

Splénectomie facile, malgré les adhérences, 3 plans sans drain, suites simples, sauf hématome suppuré de la paroi. Guérison.

Pièce. — Rupture allant de la face juxta-hilaire, jusqu'à la face convexe, en passant par le bord antérieur.

On note deux hématomes intraspléniques dont l'un sur la face convexe s'est fissuré secondairement. Adhérences très intimes de l'hématome à la loge.

OBSERVATION N° 7

CISLER (1926).

X..., ingénieur, 30 ans, précipité du haut d'un pont dans une chute d'auto.

Quelques instants après ce choc, le blessé peut marcher, il se plaint seulement de vives douleurs dans l'hypochondre gauche.

Pas de vomissements.

A l'examen, le sujet est très pâle, sa respiration accélérée, le pouls bien frappé bat à 80, l'abdomen n'est pas ballonné.

Mais dans l'hypochondre gauche, on trouve une légère défense musculaire.

La palpation de cet hypochondre et de la région correspondante aux 5°, 6°, 7° et 8° côtes, est très douloureuse.

Le toucher rectal est négatif.

A l'examen radiologique, la coupole diaphragmatique gauche s'arrête au tiers de son excursion normale. Au cours de l'inspiration, elle s'arrête quelques instants, contractée, puis remonte dans une course normale pendant l'expiration.

Les signes observés le premier jour ayant cédé le lendemain, et le 7° jour comme il n'existait plus aucun signe, ni objectif ni subjectif, le malade quitta l'hôpital.

Cinq jours après (12 jours après l'accident), il est pris au cours d'une promenade, d'une douleur subite avec syncope et vomissements.

A la clinique où on le transporte, on remarque les signes d'une hémorragie interne grave.

On l'opère d'urgence.

La laparotomie révèle une rupture de la rate avec présence d'un litre et 1/2 de sang dans la cavité abdominale.

La splénectomie avec transfusion de sang défibriné, guérit le malade en 18 jours.

La rate extirpée, montre un hématome sous-capsulaire de la convexité avec rupture de la capsule à ce niveau et des lésions moins importantes du hile et du pôle inférieur.

Nous reproduisons cette observation, bien que déjà parue dans la thèse SIMON, en raison de ses signes radiologiques.

OBSERVATION N° 8

SCHIMDT.

Homme 44 ans, fait une chute d'un arbre et tombe sur le côté gauche.

Pas de syncope, pas de vomissements.

Il tente de rentrer chez lui à bicyclette ; présente une violente douleur en cours de route.

L'examen médical montre, à ce moment, une douleur à gauche et c'est tout.

Pas de contracture, urines normales, bon état général, aucun signe d'hémorragie interne.

La nuit du 6^e au 7^e jour, le blessé se lève : Aggravation subite. Pâleur, sueurs froides, douleur abdominale généralisée mais maximum à gauche et en haut, tachycardie, faiblesse du pouls.

Opération : Médiante complétée par un débridement transversal gauche.

Hémopéritoine généralisé : l'épiploon adhère encore à la rate.

Rate broyée complètement avec la queue du pancréas.

Splénectomie, résection partielle de la queue, tamponnement.

Guérison en 5 semaines.

OBSERVATION N° 9

(F. D'ALLAINES)

Le 26 février 1927, D'ALLAINES est appelé dans le service du Docteur LARDENOIS pour Jean G..., 25 ans, charretier, dont voici l'histoire clinique.

Le 22 février, au cours de son travail, il a glissé à plat ventre sur une barre de fer placée transversalement à 50 cm. du sol.

Le choc porte sur la moitié supérieure de l'abdomen, pas spécialement à gauche.

Le blessé est étendu, allongé, sans perte de connaissance.

Il reprend son travail le reste de la journée et le lendemain, sans gêne, sans fatigue, sans douleurs, exerce son métier de charretier.

Le deuxième jour, après le repas, une violente douleur épigastrique l'oblige à se coucher.

Il souffre violemment toute la nuit, est très pâle, présente une lipothymie.

Les deux jours suivants, reste alité, sans forces, souffrant toujours, surtout à gauche.

A partir du troisième jour apparaît un ictère léger, mais certain qui progressivement devient plus foncé.

Le cinquième jour, son médecin l'adresse à l'hospice l'Ivry pour ictère et je le vois l'après-midi.

L'examen montre à ce moment :

Malade franchement ictérique au niveau de la peau et des conjonctives. Température: 38°,5, pouls à 130, bien frappé.

Douleur spontanée diffuse à tout l'abdomen, mais prédomine à gauche.

Il vient d'avoir un vomissement bilieux.

Le rythme respiratoire est accéléré et toute respiration ample réveille la douleur abdominale.

A la palpation, le ventre présente une légère défense musculaire sans hyperesthésie.

Par contre, une contracture est nette, bien localisée au niveau de l'hypochondre gauche.

Matité au-dessus du pubis et de la fosse iliaque gauche.

Les commémoratifs apprennent que le malade a fait son service militaire au Maroc en 1924. Il a été sujet à ce moment à des accès palustres qui ont cédé à la quinine.

Depuis son retour en France en 1925, n'a jamais souffert des fièvres.

Diagnostic est fait par l'association des antécédents et des signes physiques :

Rupture de rate palustre avec traumatisme minime.

Intervention : grande incision oblique de l'hypochondre gauche avec section totale des grands droits entamant le rebord costal.

De suite, je trouve sous mon incision, un fragment de parenchyme splénique de la grosseur d'un abricot, libre dans l'abdomen (j'en trouverai plus tard, deux autres, libres dans la fosse iliaque gauche).

Dans la partie supéro-externe de l'incision, je trouve un énorme hématome occupant toute la région splénique. Cet hématome est limité vers le bas par l'épiploon, le sang suinte un peu à ce niveau.

J'effondre cette cloison artificielle et j'évacue quelques caillots. A ce moment, hémorragie considérable avec deux gros jets de sang dans la profondeur. Je mets alors deux champs dans la cavité et je cherche le pédicule splénique principal derrière l'estomac. Section du pédicule sur deux clamps. Je puis alors en toute sécurité libérer la rate sectionnée en deux gros morceaux, eux-mêmes déchiquetés.

Le pôle supérieur est adhérent au diaphragme.

Il existe à cet endroit une zone de décollement qui saigne jusqu'à ce que, l'organe enlevé, toute hémorragie s'arrête.

Nettoyage du péritoine, fermeture partielle en un plan aux crins doubles, sans drainage.

Suites simples, l'ictère disparaît, sort guéri dans la deuxième moitié du mois de mars.

Les examens histologiques montrent une lente récupération globulaire.

OBSERVATION N° 10

(STOCCADA)

Homme 33 ans, fait une chute de 14 mètres. Le flanc gauche a heurté une poutre.

Une heure après, l'état général ne semble pas inquiétant : pouls à 80, aucun autre signe qu'une légère douleur à l'épigastre.

Cinq heures plus tard, l'état s'est transformé : on note tous les signes d'anémie aiguë : pâleur, sueurs froides, pouls à 120, contracture généralisée, matité des flancs.

Opération 9 heures après l'accident.

Hémorragie intrapéritonéale profuse.

On va au foie qui est intact, puis à la rate qui présente sur son bord postérieur une profonde déchirure.

Splénectomie.

Suites opératoires : hématome suppuré de la plèvre gauche, pleurotomie, guérison en deux mois et demi.

Pièce : rate quatre fois plus volumineuse qu'une rate normale (poids 700 grammes).

Au microscope : hyperplasie fibreuse des trabecules des gaines vasculaires et du réticulum de soutien, avec réduction des éléments pulpaire (splénocytes).

L'auteur pense à une rate paludéenne.

OBSERVATION N° 11

Homme 18 ans, victime le 18 avril à 22 heures, d'un accident de motocyclette, projeté à terre après avoir heurté une voiture.

Il peut se relever et faire quelques pas.

Transporté chez lui, s'alite, reste couché, le lendemain ne se plaint de rien d'autre que d'une douleur diffuse de tout l'abdomen.

Au bout de 36 heures, le 10 avril au matin, il est saisi d'une douleur vive à l'épigastre et présente une syncope. Il est transporté d'urgence à l'Hôtel-Dieu.

Examiné à la quarante-deuxième heure : signes généraux d'hémorragie interne grave, soit intense, pâleur extrême, pouls 160.

L'examen de l'abdomen ne montre ni contracture, ni douleur, mais son aspect m'a frappé. Il ressemble à l'abdomen porteur d'une ascite moyenne et on observe le signe du tremblement péritonéal, décrit par CLAVEL.

Médiane sus-ombilicale :

Il s'agit d'une rupture de la rate. On branche une incision horizontale. Extériorisation d'un fragment de rate qui seul tenait au pédicule splénique.

Hémostase facile, bien que l'on doive charger la queue du pancréas.

L'exploration de tout l'abdomen (avec prolongement de l'incision sus-ombilicale) est nécessaire pour découvrir le fragment splénique devenu pelvien.

Paroi en un plan aux bronzes.

Guérison après quelques accidents pulmonaires.

Pièce : caillots collés à la surface, responsables probablement de l'hémostase spontanée.

OBSERVATION N° 12

(Tr. POPOVICIU et Gr. MIHAILEANU)

Femme, 22 ans, entre pour douleur lombo-costale gauche (gêne respiratoire).

La malade nie tout traumatisme antérieur.

Le lendemain, douleur vive de l'hypochondre gauche avec irradiation vers l'épigastre et l'épaule gauche.

Signes d'hémorragie interne, dyspnée, point phrénique.

Diagnostic : grossesse extra-utérine.

Laparotomie sous-ombilicale, abdomen plein de sang, rien d'anormal aux annexes.

Exploration de la rate. Rupture complète à la partie moyenne.

Splénectomie. Guérison.

On interroge à nouveau et l'on apprend que 19 jours auparavant, elle a reçu un violent coup de poing qui a déterminé une syncope. Elle avait repris ses occupations jusqu'à son entrée à la clinique.

OBSERVATION N° 13

(SCHMID)

Femme 38 ans, le 12 novembre 1932, fait une chute dans laquelle la partie postéro-latérale du thorax heurte une marche d'escalier.

Le médecin constate le lendemain une fracture de côte.

Le troisième jour, se lève. Quinze jours après, reprend son travail.

Le 10 décembre, au cours d'une lessive, soulève une lourde corbeille et ressent brusquement dans la région lombaire gauche une vive douleur qui bientôt irradie dans tout le ventre.

En même temps, signes d'hémorragie interne, petite métrorragie. Examen aiguillé vers rupture tubaire, découvre tumeur latéro-utérine droite, grosse comme un œuf.

Laparotomie.

Cette tumeur est un kyste dermoïde ; au niveau de l'ovaire, un follicule rompu saigne, mais de manière insuffisante à expliquer l'hémorragie qui remplit tout le ventre.

La palpation de la rate partiellement adhérente à la paroi costale, permet de reconnaître une déchirure profonde qui s'étend du hile du pôle supérieur.

Splénectomie. Guérison.

Pièce : hématome ancien, hémorragie sous-capsulaire récente au voisinage du hile et rupture de la capsule.

Il y a dans l'organe plusieurs hématome disséminés.

OBSERVATION N° 14

(Bumm, Berlin)

Femme 23 ans, servante, fait le 1^{er} octobre 1930, une chute « tête la première » dans l'escalier.

Une heure après, elle reprend son travail.

Le 30 octobre, nouvelle chute.

Cette fois, c'est la partie supérieure du ventre qui porte sur la marche. Douleur vive. Un jour de repos.

Le 11 novembre, douleur à gauche du ventre et vomissements.

Vue à l'hôpital, elle est presque sans pouls, saignée à blanc, ventre très douloureux, un peu ballonné et tendu.

Ponction du Douglas, ramène du sang rouge.

Au toucher vaginal : tumeur annexielle gauche.

Diagnostic porté : rupture de grossesse tubaire.

A l'intervention (sous-ombilicale), on se rend compte que la masse sentie est un hydrosalpinx et que le sang vient d'ailleurs.

L'incision est agrandie : la rate est rompue sur toute la hauteur de sa face convexe.

Splénectomie.

Guérison en quatre semaines.

Pièce : il y a eu déchirure sous capsulaire avec hématome, puis rupture dans le péritoine. Au microscope, rate saine.

OBSERVATION N° 15

(André CHALIER, Lyon)

Femme 20 ans, tamponnée par une auto, 25 septembre 1926 à 16 heures.

Transportée sans connaissance à l'hôpital, dyspnéique. Peu après pouls très rapide, faciès blanc.

Sous l'influence du sérum, de l'huile camphrée administrés, amélioration et transport à Lyon le 27 au soir. Alors : température 38°,2, pouls à 90.

Le 28, signes nets de fracture de côte avec épanchement pleural.

Un peu d'hématurie par contusion rénale et signes de probabilité de rupture de la rate. Pouls à 100, contracture dans l'hypochondre gauche, léger météorisme. Petite zone de matité dans les points déclives.

Intervention : longue laparotomie sous-costale oblique, hémorragie par éclatement du pôle supérieur de la rate.

Splénectomie. Ligature en bloc du pédicule.

Petit épanchement sur le péritoine pariétal postérieur au niveau du rein. Suintement vers la coupole diaphragmatique par plaie 3 cm., mèche.

La malade se lève au dix-huitième jour, après pleurésie séro-hématique.

OBSERVATION N° 16

(GUICHARD)

G..., 16 ans, entre à l'hôpital maritime de Lorient, le 31 juillet 1931 pour fracture de côte à gauche et fracture du radius droit (chute de quatre mètres).

Le blessé serait tombé sur la paume des deux mains et sur la région thoraco-abdominale, face antérieure.

L'accident date de quarante heures.

Léger météorisme, mobilité normale de la paroi abdominale pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration forcées.

La palpation révèle une défense sous-costale gauche sur deux travers de doigt.

Matité anormalement étendue au niveau de la région splénique qui est très douloureuse.

Base du poumon gauche immobilisée sans signes pleuraux ni pulmonaires.

Pas de défense du reste de l'abdomen.

Toucher rectal négatif. Température normale, pouls 90, signes de choc.

Par ailleurs, fracture de l'extrémité inférieure des radius gauche et droit.

Intervention immédiate sous éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale .

Estomac distendu, se herniant entre les lèvres de l'incision.

Pas de liquide ni de gaz.

Exploration du Douglas à la compresse montée sur un long clamp courbe.

La compresse est mouillée de sang.

Débridement vers les fausses côtes. On récline l'estomac en bloc vers la droite. Une quantité importante de sang inonde alors le champ opératoire.

On se porte sur la rate qui présente une rupture transversale au niveau du hile, avec section totale du ligament gastro-splénique.

Splénectomie après hémostase par clamp qu'on laisse en place.

Suture en un plan au fil de bronze.

Suites normales, clamp enlevé au quatrième jour.

Le blessé sort de l'hôpital le vingtième jour.

OBSERVATION N° 17

(STAMM)

Homme 42 ans. Vers fin février 1933, crise douloureuse dans l'abdomen supérieur qui dure 48 heures.

Il ne se souvient d'aucun traumatisme, mais ce soir là, il était rentré chez lui en état d'ébriété.

Reprend ses occupations, reste fatigué et maigrit.

En avril, nouvelle crise douloureuse avec irradiation à l'épaule gauche.

Température : 37°5 à 38°5.

A l'examen, on trouve sous le rebord costal gauche une tumeur élastique, tendue, débordant les côtes de trois travers de doigt et atteignant en dedans la ligne médiane.

La radiographie montre l'estomac refoulé en dedans, le diaphragme gauche surélevé et immobile.

Une ponction dans le neuvième espace à 5 ou 6 cm., montre sang noirâtre, renfermant des cristaux d'hématoidine.

L'épanchement date donc d'au moins huit semaines.

A chaque examen ou ponction, augmentation de volume de la tumeur.

Dignostic : hémorragie de la capsule adipeuse du rein.

Intervention : 2 litres de sang et de caillots dans l'abdomen, l'hémorragie vient de la rate dont le pôle inférieur est tapissé de caillots et qui se fragmente quand on cherche à la saisir.

La splénectomie « par morcellement », évacuation d'un gros kyste séreux sous-splénique drainage par voie lombaire.

Guérison.

OBSERVATION N° 18

(M. L. GRIMAULT)

L'ouvrier d'usine L..., 29 ans, ayant travaillé deux ans avant l'accident dans les mines à Cuba, est atteint par un bloc de fonte de 20 kilogs dans la partie inférieure du thorax.

Traumastisme relativement minime. Cependant, vive douleur dans le côté gauche. Cesse le travail, mais parcourt plusieurs kilomètres à pied.

A ce moment, douleur épigastre gauche, ventre un peu distendu et douloureux à la pression dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen. « Défense » nette, pouls 105. Suspicion de lésion interne, mais le blessé refuse l'intervention, d'urgence conseillée.

Le lendemain matin, pas de modification des signes, pouls 105, température 38°. Contracture toujours nette, pas de matité, pas de pâleur. Nouveau refus de l'intervention.

L'après-midi, à 19 h. (30 heures après), brusquement, état très grave. Choc intense, ne peut parler, pouls petit à 125, pâleur extrême, température 39°.

Du côté de l'abdomen, disparition de la contracture, ventre distendu, matité dans les flancs, sensation de flot.

Opération immédiate (SCHLEICH), laparotomie médiane.

Flot de sang noir et poisseux, perception à la main d'une déchirure splénique. Un débridement à gauche donne *un jour énorme*. Splénectomie, drain et mèches, paroi en deux plans.

Pièce : rate énorme, 5 fois le volume normal, très friable, déchirure allant du bord antérieur au pédicule vasculaire, nombreuses adhérences de périsplénite.

Suites opératoires « assez dramatiques ». Trois semaines après, suppuration de la loge splénique. Hecticité ; radioscopie, zone opaque entre le gros intestin et diaphragme gauche immobile, fistule tarie en six mois,

petite éventration à l'angle supérieur « orifice de drainage ».

Revu en bon état, six mois après.

OBSERVATION N° 19

(GOUDSMIT)

Homme 54 ans, chute de sa hauteur, heurte du flanc gauche une barre de fer.

Se sent mal à son aise, rentre chez lui, se couche.

Cependant ne se sent pas gravement atteint, se dispose à reprendre son travail lorsque brusquement, douleur irradiée dans l'épaule gauche, syncope.

Intervalle libre 4 heures environ.

Splénectomie, déchirure de la convexité.

OBSERVATION N° 20

(SOUPAULT)

Le 8 novembre à 19 h. 30, entre à Ambroise Paré un blessé polonais, ne parlant pas français.

Son entourage dit : chute de 8 mètres de haut.

Hospitalisé, vu par l'interne de garde.

Choc modéré, agitation considérable, pâle, faciès angoissé. Toux sèche, petites douleurs en rapport avec les fractures de côtes multiples.

A la partie inférieure du thorax gauche, pas de complications pleuro-pulmonaires.

L'examen de l'abdomen n'a permis de déceler aucun signe de contusion abdominale, sauf de légère défense de la paroi (rapportée à la contusion thoracique). Traitement du choc et morphine.

Pouls 84, température normale.

A 23 heures, endormi sur le côté gauche en chien de fusil, pouls 92.

Palpation abdominale : gémissement au palper autour de l'ombilic, légère défense à gauche.

Une fois réveillé, on note une légère matité du flanc gauche et le timbre de la percussion est légèrement plus élevé à la partie supérieure de l'abdomen. Pouls 92, température normale, pas de selle, deux urines claires, pas de vomissements.

Appel du chirurgien de garde à 2 heures du matin. Réponse : attendre, glace.

Dimanche 9 novembre au matin, état identique, température normale, pouls 84, urines normales, pas de vomissements, pas de selles.

L'après-midi, aucun grand changement : pouls 96, urines un peu rouges, langue humide, le ventre paraît se ballonner. La matité persiste dans les flancs. Elle est plus marquée à gauche.

A 19 heures, appelé, je constate : le malade anhélant, gémissant avec faciès altéré. Pas de vomissements, urines normales, extrémités non refroidies, peut se mobiliser un peu dans son lit.

Examen : fracture des deux dernières côtes gauches, abdomen moyennement météorisé, presque immobile au cours des mouvements respiratoires.

Dès qu'on cherche à plaper un peu profondément, on provoque une douleur avec défense pariétale et ce, sur toute l'étendue de l'abdomen, mais aucune contracture vraie, nulle part. Matité nette du flanc gauche, moins marquée au flanc droit.

Sonorité de toute la partie moyenne de l'abdomen, remontant jusque dans les hypochondres. A droite, pas de disparition vraie, mais simple atténuation de la matité hépatique.

Température 37°, pouls 84, tension artérielle 17-12.

On pense à une hémorragie abdominale par rupture de la rate, actuellement arrêtée.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

Sang fluide et noir dans tout le ventre, surtout dans le flanc et les hypochondres (environ 1 lit. 1/2, quelques gros caillots).

Au palper de la rate, on sent une rupture.

On branche une incision de débridement gauche, oblique vers le rebord costal ; on sent autour de l'organe des adhérences frêles que l'on rompt facilement.

Rate englobée de quelques fragments épiploïques. Après libération elle ne saigne plus.

Splénectomie facile, deux ligatures sur le pédicule. Le sang étanché est remplacé par du sérum très chaud.

Fermeture de la paroi.

Pièce : rupture du pôle supérieur, qui occupe la face externe, bord supérieur et partie face interne. Quelques lambeaux épiploïques appliqués sur le parenchyme semblent tamponner la plaie et limiter dans une certaine mesure, l'écartement des bords. Sérum : un litre, transfusion 250 grammes. Suites simples. Revu guéri.

OBSERVATION N° 21

(SEJOURNET)

Homme reçoit un coup de poing au creux épigastrique au cours d'une partie de football. Peut achever le match.

Intervalle libre de 33 heures.

Signes d'anémie aiguë.

Contracture localisée au niveau du grand droit du côté droit. Laparotomie ; fissure splénique dont le suintement semble avoir été continu.

(Pour détails, voir la thèse de SIMON, de Lyon).

OBSERVATION N° 22

(J. WAGNER)

Homme de 25 ans. Dans la nuit, brusquement, douleur vive dans l'hypochondre gauche, sueurs, syncope.

A l'examen, ventre douloureux et contracturé.

Diagnostic clinique : perforation gastrique.

Intervention : ventre plein de sang, déchirure splénique, tentative de suture, échec.

Splénectomie.

Guérison.

On apprend par la suite, que le sujet a reçu un coup de marteau sur le côté gauche, deux jours avant, douleur modérée, disparaissant en deux heures. Avait repris ses occupations.

Pièce : déchirure de 2 cm. du pôle supérieur, capsule décollée sur la face convexe du pôle supérieur du hile.

OBSERVATION N° 23

(FERRARI, LAGROT et MORAND)

Homme de 40 ans, vu cinq jours après le traumatisme (heurté par une grosse pierre).

Reste alité, présente des hématuries pendant trois jours, puis douleur, contracture, matité dans les flancs.

Intervention : rate en plusieurs morceaux et détachée du pédicule.

Splénectomie. Mort.

(Pour les détails, voir les comptes rendus de la Société de Chirurgie d'Alger).

OBSERVATION N° 29

(R. HOCHMILLER)

Homme 22 ans, chute sur le dos, choc fugace, se relève lui-même. Le lendemain il travaille.

Accomplit à bicyclette un long trajet, dont une partie en côte.

A la suite de cette course, il souffre un peu du ventre, nausées, vomissements. La douleur augmente, se localise à l'abdomen supérieur. Pâleur, syncope.

A l'hôpital, signes d'anémie aiguë, pouls 120, très pe-

tit, température 37°7, abdomen très contracturé, très douloureux, signes d'épanchement libre.

Rupture étendue à la rate. Splénectomie. Guérison.

Pièce : hématome sous-capsulaire, semblant à l'auteur avoir précédé la déchirure capsulaire.

OBSERVATION N° 52

(H. KMENT, Prague)

Homme 21 ans. Choc sur la partie supérieure de l'abdomen et base du thorax, douleur vive irradiante à gauche. Choc, pas de signes d'épanchement, amélioration par repos.

Après 50 heures, reprise brusque, douleur vive, vomissements, collapsus, ventre de bois.

Intervention immédiate : 1 litre 1/2 de sang et caillots dans l'abdomen, déchirure profonde de la face inférieure de la rate.

Splénectomie. Guérison.

Homme 25 ans, accident d'auto, douleur abdominale immédiate. Pas de syncope, pas de signes d'épanchement, pas de contracture.

Quitte l'hôpital très amélioré au quatrième jour.

Au dixième jour, douleur abdominale violente, vomissements, choc, ventre de bois, matité des flancs.

Intervention : quantité de sang liquide.

Déchirure de la rate. Splénectomie. Guérison.

Pièce : petite déchirure au-dessus d'un hématome sous-capsulaire large comme une paume de main.

OBSERVATION N° 26

(F. DEMMER, Vienne)

Homme 43 ans, atteint depuis longtemps d'ulcère duodénal. Douleur épigastrique brusque avec température à 39°.

Dix jours après, crise douloureuse à gauche. Signes d'hémorragie interne grave.

Intervention : péri-gastro-duodénite. Grosse rate avec un hématome gros comme une mandarine rompue. 1 lit. 500 dans le ventre.

On note d'énormes veines du pédicule splénique dont l'une grosse comme le petit doigt à la hauteur de la petite courbure.

Pas de thrombose.

Rate : 1 kg. 650. Rupture attribuée par l'auteur à la stase circulatoire provoquée par adhérences coliques.

OBSERVATION N° 27

(SCHLEGEL)

Homme 43 ans, intervalle libre douze jours. Après coup de pelle dans la région splénique, a continué son travail, malgré quelques troubles. Début brusque à 1 h. du matin en se chaussant. Diagnostic : ulcère gastrique perforé.

Intervention : deux litres de sang dans le ventre.

Rupture de la convexité splénique.

Splénectomie. Guérison.

Pièce : hématome sous-capsulaire rompu. Rate saine.

OBSERVATION N° 28

(ENGELMAN et HITZLER)

Homme 39 ans, écrasé par une voiture, la roue passant de l'épaule droite vers l'hypochondre gauche. Les douleurs abdominales se calment au bout de quelques jours, mais dans la suite, le blessé ressent après les efforts de petites crises douloureuses dans l'hypochondre gauche, puis il souffrit très régulièrement après les repas.

Un an et demi après, au moment où l'on incisait chez

ce malade un furoncle de la fesse, il a une violente contraction musculaire réflexe de l'abdomen et immédiatement après un syndrome de perforation abdominale.

On pense à un ulcère perforé. On l'opère d'urgence.

On trouve dans la cavité abdominale, environ un litre de sang dont le point de départ est une déchirure capsulaire de la rate de large dimension.

On pratique la splénectomie.

Meurt deux jours après de congestion pulmonaire.

Rate : volume et aspect normaux, capsule largement décollée, pas de lésion profonde de l'organe.

Intervalle libre : 18 mois.

CONCLUSIONS

I. — De préférence aux dénominations habituelles qui préjugent de l'anatomie ou du mécanisme, nous proposons la suivante qui n'envisage que l'aspect clinique « hémorragies spléniques d'origine traumatique avec intervalle libre ».

II. — De l'Étiologie il faut retenir la fréquence :

- Des traumatismes violents.
- De la prédisposition du sexe masculin.
- De l'importance d'une tare splénique antérieure, en particulier le paludisme.
- De la possibilité de points d'application lointains du traumatisme.

III. — Les lésions rencontrées sont, par ordre de fréquence :

- 1° Les hématomes périspléniques diffusés.
- 2° Les broiements et éclatements.
- 3° Les fissures spléniques.
- 4° Les hématomes intraspléniques, secondairement rompus.
- 5° Les ruptures pédiculaires complètes.

IV. — Pendant l'intervalle libre, il persiste un certain nombre de signes qui doivent permettre de poser le diagnostic. A côté des signes cliniques, l'examen radiologique permet de poser ou tout au moins soup-

çonner assez fortement le diagnostic pour légitimer la laparotomie exploratrice.

V. — Le pronostic global donne une mortalité de 21 % en progrès sur les statistiques plus anciennes. Il peut être encore amélioré par l'intervention faite avant le déclenchement des accidents secondaires.

VI. — Le traitement consiste dans la splénectomie qui seule donne une hémostase sûre. La laparotomie médiane sus-ombilicale et prolongée vers le bas, au-dessous de l'ombilic, donne un jour excellent.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Traitant des ruptures avec intervalle libre.

(Depuis 1926. Pour la bibliographie antérieure, prière de consulter le mémoire du Docteur Jean QUENU et l'article d'Archibald-Mac INDOE).

- ALLAINES (F. D'). — Rupture traumatique de la rate chez un paludéen. Hémorragie en deux temps avec ictère marquée. Splénectomie. Guérison. *Bull. et Mém. de la Sté Nat. de Chirurgie*, novembre 1927, p. 1.175.
- BAILEY (H.). — Rupture spontanée d'une rate normale. (*The Brig. journal of chir.*, vol. XVII, n° 67, p. 417.)
- BECKER (J.). — *Zweizeitige traumatische milzruptur.* (*Monatsch. f. unfallh.* 39, p. 117, mars 1932.)
- BECKMANN (E.-M.). — Rupture spontanée de la rate à la suite de malariathérapie. (*Acta chirurgica Scandinavica*, mai 1930, t. LXVI, p. 25.)
- BÉRARD. — Rupture de la rate. Observations inédites. (*Clin. de l'Hôtel-Dieu*, Lyon, 1919.)
- BERTRAND et ARNULF. — Rupture traumatique de la rate avec hémorragie retardée. (*Lyon Chirurgical*, novembre 1933, p. 738.)
- BERTRAND et BRÉCHET. — Rupture traumatique en deux temps de la rate. (*Lyon chir.*, septembre 1930, p. 629.)
- BOTTO MICA (A.) (Turin). — Sur deux cas de rupture traumatique de la rate. (*La Clinica chirurg.* n° 5, AM VI, p. 1.224.)

- BRAMAUGH (W.). — Traumatic rupture of spleen, case showing delayed rupture with operation and recovery. (*West Virginia Med. Journ.*, août 1935, p. 363.)
- BRENS. — Sur le diagnostic des ruptures traumatiques de la rate. (*Thèse Montpellier* 1933.)
- BUMM. — Zweizeitige traumatische milzruptur. (*Zentralblatt für Chir.*, n° 58, mai 1931, p. 1.314.)
- CHAVANNAZ. — Rupture de la rate, fractures multiples du côté gauche. Après 13 jours d'intervalle libre, inondation péritonéale foudroyante par rupture d'hématome périsplénique. (*Soc. Chir. de Bordeaux*, 6 février 1930.)
- CISLER (J.). — Hémorragie consécutive à une rupture traumatique de la rate. (*Zentral. für Chir.* 1926, XXXV, p. 278.)
- COHEN et SICARD. — Rupture traumatique d'une rate pathologique à symptomatologie très discrète. (*Soc. Nat. de Chirurgie*, séance du 2 mars 1932. Rapport Proust.)
- CONNER (A.) et DAWNES. — Treize cas de ruptures spontanées de la rate par fièvre typhoïde. (*Americ. Journ. of the Med. Sciences*, mars 1914.)
- DAUPHIN. — Contribution à l'étude des hémorragies spontanées de la rate. (*Thèse Montpellier* 1928.)
- DAVID (K.). — Etude clinique et thérapeutique des ruptures traumatiques de la rate saine. (*Thèse*, Paris 1933. Jouve, édit.)
- DEMMER (F.). — Rupture de la rate et ulcère du duodénum. (*Wiener Klin. Wochens*, an XV, n° 46, p. 1.143.)
- DESJACQUES. — Contribution à l'étude des ruptures de la rate et en particulier des ruptures associées de la rate et du rein gauche. (*Lyon Chirur.*, janvier 1930, T. XXVII, n° 1.)
- DOBZANIECKI (W.) (Lwow). — Kyste multiloculaire de la rate produit par des infractus. (*Ann. of Surgery*. Vol. XCII, p. 6.770.)
- DUQUING. — Hémorragies tardives dans les ruptures isolées de la rate saine. (*Pratique Médicale* 1925.)

- DUTZKA (L.) (Détroit). — Vingt-sept cas de rupture de la rate. (*Surgery, Gynecol. and Obstétr.*, vol. LI, p. 251.)
- EINSENKLAM. — Rupture de la rate en deux temps. Intervalle libre 19 jours. (*Wiener Klin. Wochens.*, an XV, n° 34, p. 1.077.)
- ENGELMANN et HIZLER. — Un cas de rupture en deux temps de la rate. (*Bruns'Beiträge zur Klinischen Chir.*, t. CXLVI, p. 605.)
- FÈVRE et ARMINGEAT. — Quatre cas de rupture traumatique de la rate chez l'enfant. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurg.* 1932, p. 257. Rapport Sorrel.)
- FIOLLE. — Notes sur l'abord postérieur de la rate. (A propos de la communication du D^r Bachery, *Mém. de l'Acad. de Chir.* 15 janvier 1936, p. 12.)
- FOLLIASSON (A.). — Les ruptures traumatiques de la rate. Les ruptures en deux temps, les ruptures associées de la rate et du rein gauche. Les ruptures de la rate et les lésions costodiaphragmatiques. (*L'Hôpital*, janvier 1932.)
- FOUCAULT (Poitiers). — Les ruptures spontanées de la rate et leur traitement. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1925, 12-25.)
- GOUDSMIT (J.) (Zaandam). — L'évolution de la rupture traumatique de la rate. (*Nederland. Tijdschr. voor geneskunde* an LXXVII, janvier 1933, p. 171.)
- GUNNAR LUNDELL (Stockholm). — A propos des ruptures spontanées de la rate. (*Acta chirurg. Scandinavica*, déc. 1934, vol. 75, pp. 519-534.)
- HEIMCK. — Rupture traumatique de la rate normale. (*Journal hebd. des Sc. médic.*, 12 mars 1929.)
- HOCHMILLER (R.) (Krens). — Sur un cas de rupture de la rate en deux temps. (*Zentralb. f. Chir.*, t. LVII, n° 51, p. 3.209.)
- HUET (P.). — Sur quatre cas de rupture traumatique de la rate chez l'enfant. (*Pratique Médic. Franç.*, n° 8, juin 1935, p. 311.)
- KATZ. — Etude clinique et thérapeutique des ruptures traumatiques de la rate saine. (*Thèse*, Paris 1933.)

- KMENT (H.), (Prague). — Sur la rupture de la rate dite en « deux temps ». (*Zentralb. f. Chir.*, t. LVII, n° 135, p. 2.176.)
- LAPORTE. — Les ruptures traumatiques de la rate à évolution retardée. (*Soc. Anato. Clin. de Bordeaux*, janvier 1935; *Bordeaux Chir.*, avril 1936.)
- LAPEYRE (J.-L.). — Lésions traumatiques de la rate. (107 pages Caracas 1934.)
- LEJARS. — Accidents traumatiques des ruptures de la rate. (*Soc. Nat. de Chir.*, Paris 1901.)
- LOMBARD (P.) et DUBOUCHER. — Les hématomes enkystés de la rate. (*Journ. de Chirur.* 1912.)
- Mac CAW (A.-T.). — Traumatic rupture of spleen simulating a spontaneous rupture. (*New Zealand Med. Journ.*, juin 1927, p. 127.)
- Mac INDŒ (A.), (Londres). — Hémorragies retardées consécutives à une rupture traumatique de la rate. (*The Brit. Journ. of Surgery*, octobre 1932, p. 249. 14 figures.)
- Mac INDŒ et COUNSELLER. — *V. S. Proc. Staff of Mayo Clinic*, 1928, III, 365.
- MAGNUS DAHLE (Oslo). — Rupture sans cause d'une rate normale. Rupture spontanée ? (*Acta Chirur. Scandin.*, vol. 75, fasc. 6, décembre 1934, p. 519.)
- MANNHEIM (E.). — Zweizeitige milzrupturen. (*Med. welt.*, juin 1932, p. 845.)
- MAURO (M.), (Naples). — Le syndrome hémorragique tardif dans les ruptures de la rate par contusion. (*Ann. Ital. di Chirur.*, vol. 13, fasc. 8, août 1934, p. 933, 5 fig.)
- MAYO (W.-J.). — Personal communication. (*V. S. Proc. staff of Mayo Clinic* 1928, III, 365.)
- MORESTIN. — Hématome périsplénique. (*Ass. franç. de Chir.* 1914.)
- MOULONGUET (P.) et SUIRE (P.). — Rupture secondaire de la rate neuf jours après un traumatisme. (*Ann. d'Anat. pathol.*, juillet 1935, p. 848.)
- OBERTHUR et MÉRIGOT. — Deux ruptures traumatiques de la rate chez l'enfant. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chirur.* 1932, p. 247. Rapport Sorrel.)

- LOUDARD et GUICHARD. — Du mécanisme de l'hémorragie à symptomatologie retardée dans les ruptures traumatiques de la rate. (*Presse Médicale*, avril 1932.)
- LOUDARD. — Deux cas de rupture traumatique de la rate à symptomatologie retardée. (*Arch. de Méd. Navale*, avril 1929.)
- PAPAIIOANNOU. — *Congrès Intern. Chirur. Rome 1926.*
- PAGE. — Hémorragie secondaire par rupture splénique. (*Soc. Chir. transal.* 1892, t. 25, p. 173.)
- PATEY (D.-H.). — Rupture en apparence spontanée d'une rate normale. (*The Brit. Med. journ.* n° 3.507, p. 878.)
- PERRIN (M.). — Rupture traumatique de la rate à symptomatologie retardée. (*Soc. Chir. Lyon*, séance 5 février 1925.)
- PETRIDIS (P.). — Rupture de la rate. Onze jours après chute, mort par inondation péritonéale. (*Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris* 1921, XCI, 35.)
- PICARD. — Rupture spontanée de la rate.
- PARCELIER (M.-A.). — Examen radiologique dans une rupture de la rate. (*Soc. Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest*. Févr. 1930. *Bordeaux Chir.* n° 1, p. 48.)
- POPOVICIU (Tr.) et MIHAILEANU (Gr.), (Cluj). — Rupture traumatique de la rate avec hémorragie tardive. (*Cluj Medical*, t. 14, n° 12, p. 673.)
- REDON. — Un cas de rupture splénique secondaire. (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, juillet 1930, p. 1.005.)
- REID (W.-L.). — Traumatic rupture of normal spleen delayed splenectomy. Recovery. (*South Western Med.*, juillet, p. 292.)
- ROUCKEN (Bruxelles). — Rupture de la rate. Observation de Bocquentin. Rapport Madier. (*Mém. de l'Acad. de Chirurg.*, juin 1936, p. 933.)
- SCHANCHNOWITZ (J.). — Rupture traumatique de la rate; en apparence spontanée. (*Deutsche ztchs. f. Chir.* 1929, p. 283, n° 213.)

- SCHLEGEL. — Hémorragie splénique d'origine traumatique avec intervalle libre de 12 jours. (*Bruns Beiträge z. klin. Chir.* T. CXXXVIII, n° 1, p. 163.)
- SCHMID. — Rupture en deux temps de la rate à 6 jours d'intervalle. (*Zentralblatt für. chir.* T. LVI, n° 26, p. 1.605, juin 1929.)
- SCHMID (Birtigheim). — Sur le problème de la rupture de la rate en deux temps. (*Zentral. d. Chir.*, avril 1935, t. 62, p. 857.)
- SEJOURNET (P.), (Paris). — Rupture de la rate; traumatisme minime hémorragie lente et silencieuse; splénectomie à la 33^e heure. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, t. XXV, n° 5, mars 1933, p. 197.)
- SIMON. — Les ruptures traumatiques de la rate avec hémorragies retardées. (*Thèse*, Lyon 1930-31.)
- SOUPAULT. — Rupture de la rate à symptomatologie fruste et évolution retardée. (Rapport Proust. *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 1931, p. 248.)
- STAMM (Riga). — Un cas de rupture de la rate avec hémorragie tardive encapsulée. (*Zentral. f. Chir.*, t. 62, août 1935, p. 1.823.)
- STÉFANINI. — A propos de la rupture traumatique d'une rate saine avec hémorragie à symptomatologie retardée. (*Rev. de Chir.*, 6 octobre 1930, n° 8, p. 621.)
- STOCCADA (P.). — Notes cliniques sur un cas de rupture par contusion d'une rate paludéenne. (*Arch. Italia. di Chir.*, t. XVI, p. 294.)
- SUMTER KHAM (J.), (Charleston). — Rupture spontanée de la rate avec thrombose veineuse. (*Ann. of Surgery*, vol. LXXXVIII, n° 2, p. 212.)
- SUSMAN (M.-P.). — Rupture spontanée d'une rate. (*The British jour. of chir.*, vol. XV, p. 47, n° 57.)
- TAYLOR. — Rupture traumatique de la rate, intervalle cinq jours. (*British Med. Journ.*, 1923, n° 11, p. 962.)
- WALLACE (H.-K.). — Hématome péricapsulaire spontané guéri. Réintervention deux ans plus tard. (*The Journ. of the Missouri State Med. Assoc.*, vol. XXI, n° 1, janvier 1924, p. 18.)

- WEENER LANGE. — Rupture spontanée de la rate chez deux leucémiques. (*Méd. z. Klinik.*, an XXIV, n° 34, p. 1.311.)
- WERTHMANN (H.), (Francfort). — Rupture de la rate en deux temps. (*Der Chirurg.* an IV, n° 12, juin 1932, p. 493.)
- WESTON (A.), (Greenford). — Un cas rare de rupture de la rate. (*The British Méd. Journ.*, décembre 1932, n° 3.755, p. 1.142.)
- YONG (R.-H.), (New-York). — Rupture spontanée d'une rate normale. (*Ann. of Surgery*, vol. 101, n° 6, juin 1935.)

II

Sujets connexes

- ANGLE (L.-W.), KASSEL. — Traumatic ruptured spleen splenectomy cure. (*J. Kansas Med. Soc.*, janvier 1935, p. 22.)
- ARMITAGE (G.). — Traumatic rupture of spleen involving pedicle. Splenectomy. Complete recovery rare Rugby football injury. (*British Jour. Surgery*, octobre 1929, p. 335.)
- AUROUSSEAU et ARMINGEAT. — Rupture traumatique de la rate et du pancréas. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, décembre 1928, p. 1.370.)
- BACHY (M.-G.). — Rupture associée de la rate et du rein. (*Mém. Acad. Chir.*, déc. 1935, p. 1.403.)
- BAILEY (H.). — Traumatic rupture of normal spleen. (*Brit. J. Surg.* n° 15, p. 40, juin 1927.)
- BAIRD (E.-H.). — Traumatic rupture of normal spleen case report. (« *Memphis* », octobre 1927, p. 209.)
- BARATA (P.) et VIANNA (G.). — Contusac abdominal ruptura do baço. Esplenectomia. (*Folla med.* n° 9, nov. 1928, p. 381.)
- BERGOUIGNAN. — Rupture traumatique de la rate. (*Soc. Nat. Chir.* 1931, n° 7, p. 248. Rapport Proust.)

- BERTRAND. — Rupture traumatique de la rate. (*Soc. de Chir. de Toulouse*, février 1934. *Toulouse Méd.*, mai 1934.)
- BOCQUENTIN. — Deux cas de rupture traumatique de la rate. (*Mém. Acad. de Chir.*, 1936, juin, t. 62, p. 933. Rapport Madier.)
- BONNAL et LUMBROSO. — Rupture traumatique de la rate. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Marseille*, séance mai 1935.)
- BOHLER (E.). — Rupture traumatique de la rate pendant la grossesse. (*Strasbourg Méd.*, janvier 1932.)
- BOONFIELD (J.-P.). — Case of traumatic rupture of spleen. (*Canada Med. Ann.*, avril 1935, p. 422.)
- BRANDBERG. — La clinique des ruptures sous-capsulaires du foie. (*Acta. Chir. Scandinavia*, juin 1928, p. 321.)
- BRINCOURT. — Rupture traumatique de la rate. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Soc. Chir.* 1932, p. 1.807.)
- BREMER (H.), (Cologne). — Au sujet des suites des splenectomies pour lésions traumatiques. (*Deutsche zeit. f. Chir.*, t. CCXXXIX, mars 1933.)
- BROGSITTER. — Splenektomie bei traum. milzruptur. (*Charité Annalen XXXIII*, 1909.)
- BRUN. — Rupture traumatique de la rate. (*Rev. Tunisienne des Sc. Médicales*, nov. 1928, p. 289.)
- BRYAN. — Spontaneous rupture of the spleen in the course of typhoid fever. (*Ann. of Surg.* 1909, p. 856.)
- BUFORD (R.-K.). — Traumatic rupture of spleen. Case. (*West Virginia Med. Jour.*, juin 1928, p. 281.)
- BUTLER (E.) et CARLSON. — Traumatic rupture of spleen. (*Surgical Clin. North America*, 1926, avril, p. 517.)
- CARAJANNOPOULOS (G.). — Contribution à l'étude symptomatologique des ruptures de la rate. (*Presse Médicale*, août 1928, p. 994.)
- CHEVRIER (L.). — Un cas de rupture traumatique de la rate. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, avril 1932, p. 499.)

- CHALIER. — Les lésions costo-diaphragmatiques dans les traumatismes de la rate. (*Lyon Chirurg.* 1927, n° 1.)
- CELLAN (C.-J.), JONES. — Rupture traumatique de la rate. (*British Med. Jour.*, octobre 1928, p. 700.)
- COLEY (B.-L.). — Rupture traumatique de la rate. Splénectomie auto-transfusion. (*Ann. of Surgery*, mars 1928.)
- Rupture traumatique de la rate. Splénectomie et autotransfusion. (*Ann. of Surgery*, XCV, juin 1932.)
- CLAVEL. — Sur un signe précoce de lésion viscérale dans les contusions et plaies de l'abdomen (tremblement). (*Presse Méd.* an. XXXIX, n° 28, p. 509.)
- DAWSON (E.-F.) et WALKER. — Rupture traumatique d'une rate saine. (*Lancet*, mars 1931, p. 523.)
- DHRUV (J.-D.). — Sur une rupture traumatique de la rate. (*Lancet*, janvier 1929, p. 72.)
- DUMITRESCO et JONNESCO. — Rupture de la rate dans un cas de charbon. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpitaux Paris*, t. XLVIII, avril 1932, p. 483.)
- DUNCOMBE. — Rupture traumatique de la rate. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, t. LVIII, décembre 1932.)
- DUNN (B.-V.). — Rupture traumatique de la rate compliquée d'hématurie. (*Brit. Med. Jour.*, février 1929, p. 349.)
- DURLABH (J.). — Rupture traumatique de la rate. (*The Lancet*, janvier 1929, n° 5.498.)
- FERRARI (F.), LAGROT et MORAND. — Rupture traumatique de la rate. (*L'Algérie Méd.*, mai 1929, p. 117.)
- FIOLLE (J.). — Notes sur l'abord postérieur de la rate. (*Mém. Acad. de Chir.*, 1936, p. 12.)
- GUIBAL. — Rupture de la rate et du rein gauche. (Rapport Proust. *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 1932, p. 1.907.)
- GUIBAL et CUÉNOT. — Importance du sang comme facteur d'irritation péritonéale. (*Presse Médicale*, avril 1933, p. 582.)

- GUIBAL, CUÉNOT et HARMANT. — Sang et contracture an-dominale. (*Rev. Med. de l'Est*, an LVI, octobre 1933, p. 743.)
- GOINARD (P.). — Rupture associée, rate et rein gauche. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1930, p. 916.)
- GOUDSMIT. — Rupture traumatique de la rate. (*Nederlandsche Tijdsch. v. Geneeskunde*, octobre 1933, p. 43.)
- GONNORS (J.-F.), New-York). — Trente-neuf cas de rupture traumatique de la rate. (*Ann. of surg*, t. LCXXXVIII, n° 3, p. 388.)
- GRIMAULT. — Rupture traumatique de la rate chez un paludéen. Discussion Basset, Lecène, Schwartz, Alglave, Proust. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris* 1926, p. 104.)
- HALLIWELL (C.), (Jersey). — Rupture spontanée d'une rate normale. (*The British Med. Journ.* n° 3.777, mai 1933, p. 919.)
- HEINECK (A.-P.). — Rupture traumatique de la rate normale. (*Gaz. hebd. des Sc. Méd.*, 12 mai 1929, p. 290.)
- Traumatic rupture of normal spleen. (*New-Orléans and Surg. Journ.*, mars 1929.)
- HUBNER (G.) et ROY. — Rupture traumatique de la rate saine. Grosse hémorragie intra-péritonéale avec contracture généralisée. Splénectomie. Guérison. (*Presse Méd.*, août 1931, p. 1.280.)
- HUGH (C.) TRUMBLE. — Traumatic rupture of the normal spleen. (*The Méd. Jour. of Australia*, mars 1928, p. 273.)
- INLAW (W. de P.). — Après un traumatisme de la rate. (*Ann. of Surg.*, vol. LXXXV, p. 368, n° 3.)
- IRVINE. — Traumatic rupture of spleen. Report of case. (*V. S. Nav. Med. Bull.*, avril 1928, p. 353.)
- JACOBI (E.) et HERLHOLZ (Königsberg). — Rupture spontanée de la rate après malarithérapie. (*Klinische Wochens*, an XI, n° 14, avril 1932.)

- KABBANI (M.-N.). — Rupture traumatique d'une splénomégalie paludéenne avec torsion du pédicule. (*Rev. pratique des Mal. des Pays chauds*, juin 1935, n° 251.)
- KOLTES (F.-X.). — Traumatic rupture of spleen. Report of case. (*U. S. Nev. Med. Bull.*, octobre 1927, p. 898.)
- KOSTER (H.). — Traumatic rupture of spleen. (*Medical Jour. and Record*, 1926, CXXIII, avril, p. 455.)
- KRUGER. — Rupture de la rate. (*Munich Med. Woch.* 1927, n° 11, p. 2.042.)
- LECERCLE (A.). — Rupture traumatique de la rate. Hé-morragie intra-abdominale, sans contracture pariétale. (*Soc. Nat. Chir.*, octobre 1930.) Rapport Proust. Discussion : Duval, Boreq, Picot, Hartmann, J.-L. Faure, Mondor, Rouhier.
- LIVINGSTON (J.). — Traumatic rupture of spleen. (*British Med. Journ.*, juillet 1930, p. 16.)
- LUSSANA. — Rupture traumatique de la rate, lésion du rein gauche, splénectomie, guérison. (*Attie memorie della Soc. Lombarda di Chirurgia*, janvier 1933.)
- MAURER. — Rupture traumatique de la rate. Rapport Proust. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1931, p. 248.)
- MAZEL (M.-S.). — Traumatic rupture of spleen. (*Illinois Med. Jour.*, août 1932, p. 170.)
- MÉGRET et MOREAU. — Rupture traumatique de la rate, splénectomie, guérison. (*Bourgogne médicale*, 1926, janvier, XXX.)
- MERZ. — Un cas de rupture traumatique de la rate. (*Soc. de Méd. Milit. franç.* ; *Bull. mensuel*, janvier-mars 1928.)
- MOLINARE (J.). — Rupture traumatique de la rate. Splénectomie. (*Bol. de la Soc. de Cirurg. de Chile, Santiago*, mai 1932.)
- MORWA. — Rupture traumatique de la rate. (*Rev. de Chir. Paris*, février 1932, n° 2, p. 97.)

- NELSON (L.-D.). — Case of traumatic rupture of spleen in elderly man. (*Lancet*, n° 2, octobre 1928, p. 863.)
- NOVIS. — Rupture traumatique de la rate. (*British Med. Journ.* 1928, n° 11, p. 809.)
- PFEIFFER et SMYTH. — Résultats éloignés de la splénectomie. (*Ann. of Surgery*, LXXX, octobre 1924.)
- PICARD et O. — Ruptures spontanées et traumatiques de la rate. (*Bull. et Mém. Soc. nat. Chir.* n° 57, p. 248, février 1931.)
- PIZZAGALLI. — Contributo allo studio della rottura traumatica sotto cutanea della milza. (*Boll. de spec. Med. Chir.* 1932, n° 6.)
- PRIM. — Deux cas de rupture traumatique de la rate normale. (*Bull. et Mém. soc. Chir. de Catalunya* 1936.)
- PROUST. — Rupture traumatique de la rate. (*Soc. Nat. Chir. Paris* 1932, 2 mars.)
- QUENU (J.). — Diagnostic et traitement des ruptures traumatiques de la rate avec hémorragie en péritoine libre. (*Journ. Chirur.*, octobre 1936.)
- REVEL. — Trois cas de rupture traumatique de la rate. Rapport Proust. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1932, p. 1.907.)
- RICHE, MOURGUE, MOLINES, LONJON et ARUAL. — Rupture traumatique de la rate. (*Soc. Sc. Méd. et Biol. de Montpellier eu du Languedoc*, février 1933.)
- ROUHIER (G.). — Technique de l'extirpation de la rate brisée dans les traumatismes hypocondraux. (*Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, Paris, juillet 1936, p. 1.042.)
- ROUSSEAU (P.). — Deux cas de rupture traumatique de la rate. (*Bull. de Mém. Soc. Nat. Chir.*, séance du 2 mars 1932. Rapport Proust.)
- TICCOZZI (E.). — Sulla rottura sotto cutanea traumatica della milza. (*Oso. maggiore* n° 19, déc. 1931.)

TOMASINI (M.). — Sulla rottura traumatica della milza.
(*Giorn. veneto di Sc. Méd.* n° 9, p. 877, ottobre
1935.)

VAUTHIER. — Un cas de rupture traumatique de la rate.
(*Arch. Méd. Belges*, n° 84, mai 1931, p. 308.)

WAGNER (S.), (Essling). — Rupture traumatique de la
rate. (*Zentralbl. f. Chir.*, t. LVIII, n° 37, p. 2.318.)

TABLE DES MATIERES

PRÉAMBULE	9
DÉFINITION	11
HISTORIQUE	13
ETIOLOGIE	17
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	21
SYMPTÔMES :	
— l'accident initial	35
— l'intervalle libre	40
— les accidents secondaires	53
— formes cliniques	56
PRONOSTIC	61
DIAGNOSTIC	63
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES	67
OBSERVATIONS	73
CONCLUSIONS	117
BIBLIOGRAPHIE	119

